MUTUELLE OCIANE
matmut

Ociane Santé Pro

Notice d'information

Régime frais de santé complémentaire
Contrat collectif à adhésion facultative

Édition février 2026



Notice d'information

Ociane Santé Pro

Régime frais de santé complémentaire
Contrat collectif à adhésion facultative

Sommaire

Lexique ..... Page 5

Section I - Mutuelle Ociane : qui sommes-nous ? ..... Page 10

Section II - Le fonctionnement du contrat ..... Page 11

Article 1 - Les dispositions générales ..... Page 11
Article 2 - Le processus d'adhésion ..... Page 11
Article 3 - Les événements survenant en cours d'adhésion ..... Page 12
Article 4 - La cessation des garanties ..... Page 12
Article 5 - Les cotisations ..... Page 13

Section III - La mise en œuvre des prestations ..... Page 14

Article 6 - Les données de santé ..... Page 14
Article 7 - Les garanties du contrat ..... Page 17
Article 8 - Le libre choix ..... Page 17
Article 9 - Les modalités de calcul des prestations ..... Page 17
Article 10 - Les bases et limites des remboursements ..... Page 17
Article 11 - La couverture des accidents ..... Page 18
Article 12 - Les risques exclus ..... Page 18
Article 13 - Le contrôle médical des prestations ..... Page 19
Article 14 - Subrogation, prescription, forclusion ..... Page 19

Section IV - Quelques informations pratiques ..... Page 20

Article 15 - Les modalités de remboursements ..... Page 20
Article 16 - Le dispositif réglementaire ..... Page 23
Article 17 - Le fonds d'entraide mutualiste ..... Page 25
Article 18 - Le traitement des réclamations ..... Page 25
Article 19 - Vos services internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur matmut.fr ..... Page 26

Textes réglementaires ..... Page 30

Texte I - Statuts de la Mutuelle Ociane Matmut ..... Page 31
Texte II - Statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants ..... Page 42

Lexique

Ce lexique est destiné à mieux comprendre votre contrat.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré non intentionnelle de sa part et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Acte hors nomenclature

Soins et actes de santé non remboursés par la Sécurité sociale et qui ne figurent notamment pas sur la Liste des produits et prestations (LPP).

Activité physique adaptée (APA)

On entend par activité physique adaptée, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

Acupuncture

Branche de la médecine chinoise traditionnelle consistant à piquer avec des aiguilles des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies, diminuer la douleur ou notamment aider à l'arrêt du tabac.

Adhérent ou membre participant

Le travailleur indépendant qui bénéficie des prestations du contrat collectif à adhésion facultative et en ouvre le droit, le cas échéant à ses ayants droit.

Affection longue durée (ALD)

Maladie reconnue par l'Assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins prolongés. Les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100 % de la base de remboursement par l'Assurance maladie obligatoire.

Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD.

C'est le médecin-conseil de la caisse d'Assurance maladie obligatoire qui accorde les droits à cette prise en charge sur demande du médecin traitant.

Appareillage

Matériels médicaux figurant sur la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles…

Association Ociane Professionnels Indépendants

Cette association a pour objet de favoriser l'accès des membres de professions indépendantes et de leur conjoint aux garanties de prévoyance collective telles qu'elles apparaissent notamment dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin.

Assurance maladie obligatoire

Régimes obligatoires français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Auriculothérapie

Thérapeutique dérivée de l'acupuncture traditionnelle qui consiste à traiter différentes affections du corps par la piqûre de points déterminés du pavillon de l'oreille. Elle est notamment utilisée en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux, à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues…

Ayants droit

Membres de la famille de l'adhérent (conjoint, concubin, Pacs, enfants à charge), bénéficiaires des garanties du contrat, désignés en cette qualité sur le bulletin d'adhésion (voir page 11).

Base de remboursement (BR)

Tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la Sécurité sociale et celui de votre mutuelle. Il s'agit de :

- **Tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- **Tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire (situation peu fréquente). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- **Tarif de responsabilité (TR)** pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux. La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit.

Bénéficiaire

Celui au bénéfice duquel les garanties du contrat peuvent être mises en jeu. Il s'agit de l'adhérent et de ses ayants droit nommément désignés sur le bulletin d'adhésion.

« *carte Vitale* » est une marque déposée.

Carte Vitale®

La carte Vitale® est votre carte d'assuré social. Elle atteste de votre affiliation et de vos droits à l'Assurance maladie. Dite aussi « carte à puce », elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement de vos soins par télétransmission. Elle peut être présentée à tout professionnel ou établissement de santé, équipé du matériel informatique lui permettant de la « lire ».

Chiropracteur

Professionnel qui pratique la chiropraxie (méthode thérapeutique visant à soigner différentes affections par manipulation des vertèbres).

Conjoints

Les personnes :
- mariées ;
- unies par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Contrat collectif à adhésion facultative

Contrat conclu sans obligation entre une personne morale, notamment une association et un assureur, au profit de l'ensemble de ses membres en vue de leur faire bénéficier d'une protection complémentaire santé et le cas échéant des bénéfices de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin.

Contrat responsable

La loi qualifie une complémentaire santé de responsable lorsqu'elle encourage au respect du parcours de soins coordonnés : le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'Assurance maladie obligatoire (voir page 19).

Cure thermale

Séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections (douleurs rhumatismales, eczéma…).

Délai d'attente, délai de carence ou stage

Période suivant l'adhésion pendant laquelle l'adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Diététicien

Spécialiste diplômé en diététique (partie de la médecine et de l'hygiène visant à adapter le régime alimentaire aux besoins particuliers des individus selon leur état de santé, leur mode de vie et leur âge).

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs conventionnels permettant aux médecins traitants signataires de modérer leurs pratiques tarifaires en améliorant la prise en charge de leurs patients.

Endodontie

Discipline spécialisée dans le traitement des maladies de la pulpe dentaire (intérieur de la dent).

Enfant handicapé

Personne bénéficiaire de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).

Enfant scolarisé

Par enfant scolarisé, on entend notamment l'étudiant ou le lycéen, y compris dans le cadre d'une formation en alternance (contrat d'apprentissage, contrat de qualification…).

Ergothérapeute

Auxiliaire médical spécialiste en ergothérapie (méthode de rééducation et de réadaptation sociale par l'activité physique).

Étiopathie

Pratique proche de l'ostéopathie qui, avec des manipulations douces, vise à traiter la cause des maux afin d'en traiter les symptômes.

Forfaits et plafonds

Sommes maximales ou limites auxquelles le bénéficiaire peut prétendre pour certaines garanties. Les forfaits et plafonds indiqués aux tableaux de garanties sont exprimés par type de prise en charge (ex : X €/dent, X €/verre) et, le cas échéant, par période (jour/semestre/année).

Le montant des forfaits annuels ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année sauf en ce qui concerne :
- le forfait optique pour les adhérents de 16 ans et plus, lequel se renouvelle tous les deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement sauf en cas d'évolution de la vue ;
- le forfait audio, lequel se renouvelle par oreille tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Forfait journalier ou hospitalier

Participation de l'assuré aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire (pour une d'hospitalisation supérieure à 24 h). **Votre mutuelle prend en charge ce forfait, dans les limites des garanties souscrites.**

Forfait patient urgences (FPU)

Ce forfait est défini à l'article L.160-13, I du Code de la Sécurité sociale. C'est une participation forfaitaire due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé prise en charge par l'organisme assureur dans le cadre des obligations du contrat responsable.

Frais de séjour

Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses. En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux qui seront alors facturés à part.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par la caisse d'Assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Ces franchises sont susceptibles d'être modifiées par la loi et ses règlements d'application (article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Homéopathie

Discipline basée sur l'administration de substances minérales, végétales ou animales sous forme de granules ou de gouttes, à extrêmement faibles concentrations.

Honoraires médicaux

Rémunération d'un professionnel de santé.

Hypnose

Technique thérapeutique visant à modifier temporairement l'état de conscience d'une personne. Elle offre notamment des résultats intéressants en matière d'aide à l'arrêt du tabac.

Implantologie dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

Inlay-onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métal, composite ou céramique).

Inlay-core

Appelé également faux moignon, l'inlay-core est le tenon métallique qui va s'insérer dans la racine et soutenir la couronne dentaire.

Lit d'accompagnant

Lors de l'hospitalisation d'un enfant, un proche peut l'accompagner. Le coût du lit d'accompagnant reste à sa charge. Cependant, votre mutuelle rembourse une partie de ces frais journaliers dans la plupart de ses garanties.

Médecin traitant

Le médecin généraliste ou spécialiste est celui déclaré par le patient auprès de l'Assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

Médecin correspondant

Le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente un patient, soit pour avis, soit pour des examens complémentaires, soit pour un suivi régulier. Le plus souvent, le médecin correspondant est un spécialiste : cardiologue, dermatologue, radiologue, etc.

En consultant le médecin correspondant sur avis du médecin traitant, le patient respecte le parcours de soins coordonnés et il est ainsi mieux remboursé.

Médicaments

L'Assurance maladie (Sécurité sociale) rembourse en partie ou en totalité les médicaments achetés en pharmacie. Cela dépend du médicament concerné ainsi que des conditions de prescription et de délivrance. Le taux de remboursement dépend du service médical rendu du médicament. Les taux de remboursement des médicaments :

- 100 % pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré ;
- 15 % pour les médicaments à service médical rendu faible.

Les taux de remboursement s'appliquent soit sur la base du prix de vente (prix limite de vente fixé réglementairement), soit sur la base d'un Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Le prix limite de vente et le TFR figurent au verso de l'ordonnance ayant servi à la délivrance des produits.

Microkinésithérapie

Micro-massages qui permettent de détecter des zones de résistance et aident à évacuer les traumatismes passés et présents.

Naturopathie

Ensemble des méthodes de soins visant à renforcer les défenses de l'organisme par des moyens considérés comme naturels et biologiques (par exemple l'association d'aliments pour une meilleure digestion).

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes techniques médicaux, paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie…), et dentaire il s'agit de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites), il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage), il s'agit de la Liste des produits et prestations (LPP).

Notice d'information

Il s'agit du présent document établi par la mutuelle à destination des travailleurs indépendants ayant souscrit un contrat collectif à adhésion facultative auprès de la mutuelle. Ce document définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Il précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Ociane est tenue de remettre à l'adhérent cette notice, ses statuts et les statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants. Lorsque les modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, la Mutuelle Ociane Matmut est tenue d'informer chaque adhérent.

Nous

Pour les garanties Frais de soins : la Mutuelle Ociane Matmut est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - Siège social : 35, rue Claude-Bonnier 33054 Bordeaux CEDEX - N° Siren : 434243085.

Pour la garantie Assistance : La Matmut, mutuelle assurance des travailleurs mutualistes, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances 66, rue de Sotteville 76100 Rouen.

Nullité de la garantie

Mesure visée par la loi – article L. 221-14 du Code de la mutualité – pour sanctionner l'adhérent ayant fait une fausse déclaration intentionnelle du risque, à l'adhésion au contrat, dans l'intention de nous tromper. La garantie accordée est nulle.

Orthodontie

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées…), grâce à des appareils dentaires.

Ostéopathe

Professionnel diplômé en ostéopathie (approche thérapeutique qui repose sur des manipulations manuelles des os, des muscles, des viscères ou du crâne).

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement.

Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans. La désignation d'un médecin traitant fait partie intégrante du parcours de soins coordonnés.

Parodontie

La parodontie est la partie de la dentisterie qui est spécialisée dans le traitement du parodonte, c'est-à-dire les tissus de soutien de la dent : gencive, os alvéolaire, cément et ligament alvéolo-dentaire.

Participation forfaitaire

Somme forfaitaire, dont le montant est fixé par décret, qui reste, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale, à la charge de l'assuré pour chaque consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste ou les examens de radiologie ou de biologie.

La participation forfaitaire ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir de leur 6e mois de grossesse et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale de l'État (AME).

Participation forfaitaire pour actes coûteux

Participation forfaitaire à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'Assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire (radiodiagnostic, Imagerie par résonance magnétique (IRM), frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100 % du fait d'une ALD…).

Placements particuliers

Hébergement dans un établissement à caractère médico-social prenant en charge des personnes handicapées et proposant notamment un accompagnement médical et/ou éducatif et/ou professionnel adapté (ex : foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, instituts d'éducation motrice, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique…) et plus généralement les établissements figurant à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Plafond

Cf. définition **Forfaits et plafonds**.

Prescription

Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Prothèses auditives ou audioprothèses

Appareils améliorant l'audition de la personne qui en est équipée. Il existe différents types de prothèses auditives : les contours d'oreille, les prothèses intra-auriculaires, les lunettes auditives et les appareils boîtiers. Elles sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription d'un médecin en Oto-rhino-laryngologie (ORL).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, telles que les couronnes et les bridges ;
- les prothèses amovibles (dentiers) ;
- les prothèses transitoires.

Psychologue

Spécialiste en psychologie (discipline fondée sur l'étude scientifique des faits psychiques, dont l'objectif est de préserver, maintenir ou améliorer le bien-être, la qualité de vie et la santé psychique des personnes).

Psychomotricien

Auxiliaire médical spécialiste en psychomotricité (discipline qui considère les fonctions motrices sous l'angle de leurs relations avec le psychisme, notamment employée pour prévenir ou traiter les troubles psychomoteurs ou les handicaps).

Radiation

Acte par lequel il est mis fin à l'affiliation du membre participant.

Réflexologie plantaire

Massage des pieds et de la voûte plantaire utilisé pour soulager les tensions et les maux.

Régime obligatoire (RO)

Régime d'Assurance maladie auquel l'assuré est affilié de par son activité professionnelle : CPAM (régime général), MSA, GAMEX (régime agricole), Mutualité Fonction Publique…

Répertoire ADELI (Automatisation des listes)

Le répertoire ADELI recense tous les professionnels de santé actifs, ayant une autorisation d'exercice légal de leur profession, qui ont, quel que soit leur mode d'exercice, l'obligation de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture du lieu de leur résidence professionnelle.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est prise en charge ni par l'Assurance maladie obligatoire, ni par la complémentaire santé.

Soins dentaires

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribue à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Sophrologie

Méthode d'entraînement du corps et de l'esprit afin d'atteindre un mieux-être durable. Elle passe notamment par des techniques de relaxation.

Subrogation

Substitution de l'assureur dans les droits du bénéficiaire lorsqu'il a été indemnisé contre le(s) tiers responsable(s) du dommage.

Support durable

Selon les dispositions de l'article L. 221-6-4 du Code de la mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Tarif de responsabilité

Cf. définition **Base de remboursement**.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Mesure créée par le ministère de la Santé pour promouvoir la vente des médicaments génériques qui, s'ils sont écartés au profit de médicaments de marque plus onéreux, impose au bénéficiaire le soin de régler la différence de prix entre le médicament de marque et le médicament générique et lui interdit de bénéficier du tiers payant.

Téléconsultation

Elle donne accès à distance à des médecins généralistes ou spécialistes pour obtenir rapidement une information, un conseil médical ou un diagnostic (avec ou non proposition de traitement). Cette activité est soumise à l'obligation de recueil des données personnelles de l'adhérent dès lors que la délivrance d'une ordonnance est nécessaire.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et le montant du remboursement qu'elle effectue, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés.

Tiers payant

Dispositif qui dispense le patient de faire l'avance de tout ou partie de ses frais de santé dans les conditions et limites des garanties souscrites. La Sécurité sociale et votre mutuelle règlent directement les professionnels de santé qui le pratiquent et avec lesquels des conventions ont été passées.

Verres simples (optique)

Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 dioptries.

Verres complexes (optique)

Verres à simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 dioptries – verres multifocaux ou progressifs.

Vous

L'adhérent.

Vous avez décidé d'adhérer à l'association Ociane Professionnels Indépendants dans le but de bénéficier d'une garantie frais de santé répondant au cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin.

Cette garantie s'exerce conformément aux dispositions des statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants et des statuts de la Mutuelle Ociane Matmut qui vous ont été communiqués et sont à votre disposition. Ces statuts définissent les règles de participation des membres au fonctionnement de la mutuelle.

En application de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, la présente notice d'information définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque (soins médicaux ou hospitalisations).

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Elle constitue le mode d'emploi de votre contrat.

Nous vous recommandons de lire attentivement ce document afin de vous permettre de bénéficier pleinement des services mis à votre disposition.

Conformément à l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité, l'adhérent peut s'opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durable que la mutuelle utilise pour lui communiquer des informations ou documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.

Section I

Mutuelle Ociane : qui sommes-nous ?

La Mutuelle Ociane Matmut est le résultat de la fusion au 1er janvier 2017 entre Matmut Santé Prévoyance et la Mutuelle Ociane, spécialiste de la santé depuis plus de 90 ans. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, membre de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Mutuelle à but non lucratif, la Mutuelle Ociane Matmut développe ses activités dans le respect des valeurs mutualistes :

- la qualité de service ;
- la solidarité ;
- la performance : des forfaits innovants, une gestion rigoureuse et des prix calculés au plus juste ;
- la compétence ;
- la loyauté et la transparence : des informations claires et précises pour une relation de confiance.

Une expertise nationale reconnue :

- **plus de 90 ans d'expérience dans la protection des personnes ;**
- **plus de 1 000 000 personnes protégées ;**
- **plus de 9 500 structures couvertes ;**
- **plus de 525 millions d'euros de cotisations.**

La Mutuelle Ociane Matmut est certifiée ISO 9001.

La reconnaissance de la qualité de ses services

La Mutuelle Ociane Matmut s'est engagée depuis de nombreuses années dans une démarche qualité, tournée vers l'adhérent et sa satisfaction.

L'obtention de la certification ISO 9001*, accordée par Afnor Certification depuis le 23 juillet 2013, atteste de l'efficacité des procédures mises en œuvre par la Mutuelle Ociane Matmut. Elle confirme son aptitude à fournir un service de qualité au quotidien et sa volonté d'améliorer celui-ci de façon permanente.

La Mutuelle Ociane Matmut labellisée « Engagé RSE » ISO 26000.

Notre engagement RSE permet d'incarner les valeurs mutualistes en étant acteur du développement durable de la société.

Notre démarche s'articule autour de 7 questions centrales interdépendantes :

- environnement ;
- loyauté des pratiques ;
- ancrage territorial : communautés et développement local ;
- gouvernance de l'organisation ;
- ressources humaines, relations et conditions de travail ;
- questions relatives aux consommateurs ;
- droits de l'Homme.

Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

* La certification ISO 9001 : 2008 spécifie les exigences relatives au système de management de la qualité.

Section II

Le fonctionnement du contrat

Article 1 Les dispositions générales

1-1 Les bénéficiaires

Vous, l'adhérent

En tant que travailleur indépendant, dès que vous signez le bulletin d'adhésion, vous devenez membre de l'association Ociane Professionnels Indépendants et, par conséquent, membre participant de la Mutuelle Ociane Matmut.

Votre garantie est également ouverte à toute votre famille.

Par famille, on entend : conjoint, concubin, signataire d'un Pacs, enfants jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28e anniversaire ou sans limite d'âge s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées au sens des dispositions législatives ou réglementaires applicables aux personnes handicapées.

1-2 Le choix de la garantie

L'adhérent souscrit un contrat à titre facultatif et peut en faire bénéficier à l'identique ses ayants droit.

Les ayants droit de l'adhérent peuvent bénéficier à titre facultatif du contrat en souscrivant un niveau de garantie identique à celui de l'adhérent. La radiation de l'adhérent entraîne obligatoirement et automatiquement celle de ses ayants droit.

Article 2 Le processus d'adhésion

2-1 Quand débute votre adhésion ?

Les garanties prennent effet le lendemain du jour de la signature du bulletin d'adhésion, à 0 heure, ou à toute autre date postérieure choisie par l'adhérent, à 0 heure.

La garantie est acquise à effet immédiat lorsque :

- le conjoint du membre participant adhère dans les 12 mois qui suivent la date du mariage, de la déclaration de concubinage ou de la signature d'un Pacs ;
- l'inscription à la mutuelle du nouveau-né est demandée dans les 3 mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'adhésion étant fixée sur présentation de la pièce officielle.

2-2 Les stages

La garantie optionnelle Protection Hospitalière est soumise à l'application d'un stage dont la durée est fixée à trois mois, lorsque l'adhésion à cette dernière est réalisée après la souscription du contrat Ociane Santé Pro.

2-3 L'adhésion

Lorsque vous adhérez, vous signez un bulletin d'adhésion sur lequel sont reportées les informations que vous nous avez communiquées. Une copie de l'attestation récente de votre carte Vitale® vous est réclamée. Vous pouvez également désigner vos bénéficiaires simultanément ou postérieurement à l'adhésion. Dans le second cas, une nouvelle proposition personnalisée vous sera remise.

Lorsque votre adhésion est enregistrée, vous recevez votre carte de tiers payant et vous pouvez consulter la présente notice d'information incluant les statuts de la mutuelle et les statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants, ainsi que la notice Matmut Assistance, depuis votre espace personnel sur matmut.fr. Vous pouvez à tout moment réclamer un support papier conformément à l'article L. 221-6-5 du Code de la mutualité.

« *carte Vitale* » est une marque déposée.

Quelles sont les pièces nécessaires à l'adhésion ?

Pour vous	Attestation papier récente de votre carte Vitale®
Pour votre conjoint	• Une copie de l'attestation papier sur laquelle figure votre conjoint • Une copie du livret de famille, de l'attestation de concubinage, ou du Pacs
Pour vos enfants	**Moins de 18 ans :** • Une copie de l'attestation de carte Vitale® sur laquelle figurent vos enfants • Une copie de l'extrait de l'acte de naissance délivré par votre mairie ou du certificat d'adoption délivré par le tribunal judiciaire **De 18 ans jusqu'à 28 ans :** • Une copie de l'attestation de carte Vitale®

Article 3 Les événements survenant en cours d'adhésion : changement de situation ou de garanties

Pour ne pas retarder nos échanges, il est important de nous signaler toute modification de vos coordonnées.

Les modifications (comme par exemple le changement d'un RIB, de nom ou bien encore d'adresse) prennent effet au plus tôt le lendemain de la demande.

Important : lorsque les informations communiquées ne sont pas sincères, vous vous exposez à des sanctions en cas de mauvaise foi : nullité de la garantie facultative (article L. 221-14 du Code de la mutualité).

3-1 Le changement de coordonnées : déménagement ou changement de numéro de téléphone

Il vous suffit de communiquer vos nouvelles coordonnées à la mutuelle :

• en contactant un conseiller au 02 35 03 68 68 ;

• en effectuant directement les modifications dans votre espace personnel sur matmut.fr.

3-2 Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel vous recevez vos remboursements

Envoyez-nous le relevé d'identité bancaire fourni par votre banque. Il nous permettra d'effectuer les remboursements sur votre nouveau compte.

3-3 Le changement de coordonnées bancaires du compte sur lequel la cotisation est prélevée

Si vous souhaitez le faire depuis ce nouveau compte, envoyez-nous le relevé d'identité bancaire (RIB, RIP ou RICE), sur lequel figurent les codes IBAN et BIC fournis par votre banque. Vous devez également nous transmettre le formulaire de mandat SEPA (de prélèvement) disponible dans votre espace personnel sur matmut.fr ou sur simple demande.

3-4 Le changement de régime ou de centre de Sécurité sociale

Vos coordonnées Sécurité sociale sont indispensables pour garantir un remboursement rapide et bénéficier des échanges avec le centre de Sécurité sociale (NOEMIE) dont vous dépendez. Aussi, en cas de changement de centre de Sécurité sociale, vous devez nous faire parvenir :

• une copie de la nouvelle attestation papier carte Vitale® sur laquelle figurent les personnes couvertes ;

• les coordonnées précises de votre nouveau centre (ou caisse) d'affiliation.

3-5 Le changement de niveau de garanties en cours d'adhésion

Toute modification est possible après une durée minimale de 12 mois dans la garantie en cours. Elle prend effet au 1er du mois suivant souhaité. Toutefois, le délai de 12 mois peut être réduit, sur présentation de justificatifs, en cas de changement de situation de famille de l'adhérent (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, Pacs, décès) ou de changement de zone tarifaire. Le changement prend effet au 1er jour du mois suivant.

Article 4 La cessation des garanties

La durée de l'adhésion

L'échéance annuelle du contrat est fixée au 31 décembre. Il se renouvelle par tacite reconduction par période annuelle, sauf dénonciation par l'adhérent.

Cette dénonciation doit être notifiée à la mutuelle :

1) soit par lettre ou tout autre support durable ;

2) soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;

3) soit par acte extrajudiciaire ;

4) soit par téléphone ;

5) soit par le site internet de la mutuelle :

- au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 1er novembre de l'année en cours. Passé ce délai, la dénonciation ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date,
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.

« *carte Vitale* » est une marque déposée.

Dans le cas du décès de l'adhérent, le contrat prend fin au lendemain de la date du décès, les cotisations étant dues jusqu'à cette date.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

La radiation des ayants droit inscrits au contrat

La demande de radiation doit être adressée à la mutuelle au moins 2 mois avant l'échéance du contrat. Passé ce délai, la radiation ne prend effet qu'à l'échéance suivante. Il est toutefois possible, pour les motifs énoncés ci-après, de demander la radiation en cours d'année :

Motifs	Justificatifs demandés
Adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire	Attestation de l'employeur notifiant le caractère obligatoire de l'adhésion
Changement de statut matrimonial (divorce, séparation)	Déclaration sur l'honneur ou jugement du tribunal
Départ à l'étranger	**Attestation** justifiant le départ à l'étranger : • justificatif de départ ; • déclaration sur l'honneur.
Bénéfice de la complémentaire santé solidaire	Attestation de droits
Décès	Certificat de décès
La demande de radiation prend effet à l'échéance principale du contrat suivant la demande ou, dans les cas où elle peut être formulée en cours d'année, au 1er jour à 0 heure du mois suivant la demande ou encore le lendemain à 0 heure de la date du décès. La fraction de cotisation postérieure à la radiation vous est remboursée lorsque la cotisation a été payée d'avance. À réception de votre courrier, nous vous adressons une carte de tiers payant actualisée.	

Article 5 Les cotisations

5-1 Le paiement des cotisations

La cotisation est payable d'avance. Le paiement de cette cotisation peut être fractionné au semestre ou au mois et doit être fait aux dates convenues et selon les modalités choisies par le souscripteur et reprises dans le bulletin d'adhésion. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation.

La cotisation du travailleur indépendant et de ses ayants droit sera intégralement appelée par la mutuelle.

Le non-paiement des cotisations entraîne la mise en œuvre de la procédure prévue par l'article L. 221-8 du Code de la mutualité qui stipule que :

« *Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.*

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'affiliation ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations ».

5-2 La révision des cotisations

Les cotisations sont révisables, chaque année, au 1er janvier en fonction de l'année de naissance entre 18 et 80 ans.

Par ailleurs, la révision des cotisations peut avoir également pour motif :

- un changement de régime obligatoire ;
- une modification du niveau de garanties ;
- des modifications dans les nombres de personnes couvertes ;
- un changement d'adresse du souscripteur ;
- un accroissement de la consommation médicale (fréquence/coût des prestations) et/ou une dégradation des résultats techniques du contrat ou du groupe de contrats homogènes auquel appartient le contrat ;
- une modification de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale.

Une révision en cours d'année pourrait être appliquée en cas de modification de la Base de remboursement (BR) de l'Assurance maladie ou de la législation fiscale ou sociale.

Article 6 Les données de santé

6-1 La charte de protection des données à caractère personnel

La présente charte est destinée à vous fournir des informations détaillées sur l'usage fait de vos données à caractère personnel (ci-après « données personnelles »), nos obligations et vos droits en la matière.

Les sociétés du Groupe Matmut collectent et traitent vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018 et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pourquoi utilisons-nous vos données personnelles ?

Pour vous assurer, vous conseiller au mieux et pour respecter nos obligations légales. Vos données personnelles sont collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance ;
- la passation, la gestion et l'exécution de la prestation de conseil en gestion de patrimoine ;
- la gestion de notre relation client et la prospection commerciale ;
- l'amélioration de nos services notamment en vous proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire ;
- les études statistiques, enquêtes et sondages ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées.

Quelles données personnelles vous concernant utilisons-nous ?

Le Groupe Matmut collecte et traite uniquement les données pertinentes en fonction des finalités. Vos données personnelles sont recueillies soit directement auprès de vous, soit indirectement auprès de tiers (tels que des partenaires, des prestataires de services, des tiers mettant à disposition des bases de données). Le Groupe Matmut s'engage à réaliser ces traitements pour les finalités définies ci-avant, en mettant en œuvre les mesures nécessaires pour garantir le respect de votre vie privée.

Quelques exemples de données personnelles traitées, regroupées par catégories :

- **identification de personnes :** nom, prénom, numéro de téléphone, adresse de courrier électronique...
- **biens assurables pour l'appréciation du risque :** situation géographique, type et caractéristiques de votre véhicule ou de votre habitation...
- **gestion du contrat d'assurance :** numéro de sociétaire ou d'adhérent, numéro de contrat, adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, montant du contrat, moyen de paiement de la cotisation...
- **santé :** description des atteintes corporelles à des fins d'indemnisation des victimes, actes médicaux/montants remboursés par la Sécurité sociale à des fins de versement des prestations de la complémentaire santé...
- **sinistres/victimes :** nature du sinistre, rapport d'expertise, taux invalidité/incapacité...
- **gestion de notre relation commerciale :** demandes de renseignements sur les produits, contrats et services, origine de la demande, échanges avec les clients et les prospects...

Lorsque nécessaire, il vous est indiqué au moment de leur collecte si ces informations sont obligatoires ou facultatives.

Le défaut de communication de données obligatoires peut conduire à ce qu'une demande ne puisse être prise en compte, à l'impossibilité de passer, gérer et exécuter un contrat d'assurance.

Qu'est-ce qui nous autorise à les utiliser ?

Votre consentement ou un autre fondement légitime.

Les traitements de vos données personnelles reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants :

- l'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis ;
- l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherche et de développement.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des fondements définis ci-dessus, un accord au traitement vous sera demandé. Dans le cadre de l'exécution du contrat (gestion d'un sinistre corporel), les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires peuvent être amenées à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ce traitement se fait dans le respect du secret médical. Votre consentement explicite à ce que les sociétés du Groupe Matmut et autres destinataires traitent ces données personnelles pour cette finalité précise vous sera demandé.

Qui sont les destinataires de vos données personnelles ?

Les sociétés du Groupe Matmut ne communiquent vos données qu'aux personnes et organismes intervenant dans nos relations contractuelle et commerciale.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de leurs missions, sont :

- les collaborateurs du Groupe Matmut ;
- les partenaires ;
- les prestataires ;
- les sous-traitants et s'il y a lieu les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance ;
- les entités du groupe d'assurance auquel appartient le responsable de traitement (société qui détermine les finalités et les moyens des traitements de données personnelles) ;
- s'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité ;
- l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance ;
- les organismes sociaux ;
- les personnes intéressées au contrat ;
- les personnes bénéficiant d'un droit de communication telles que les médiateurs professionnels, autorités de contrôle ou organismes publics habilités.

Combien de temps conservons-nous vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut ne conserve vos données que le temps nécessaire. Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Quelques exemples de délais de conservation liés à nos activités :

Données	Durée de conservation
Prospection commerciale	3 ans à compter du dernier contact émanant du prospect
Contrat d'assurance Vie	10-30 ans suite au décès de l'assuré (selon les cas et les contrats)
Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	5 ans à compter de la cessation des relations avec le prospect ou l'assuré
Lutte contre la fraude	5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude de l'assuré
Gestion des cookies	13 mois à compter de leur dépôt sur le terminal de l'utilisateur

Ces délais sont donnés à titre indicatif, les durées de conservation peuvent être allongées afin de respecter nos dispositions légales et réglementaires applicables.

Où sont conservées vos données personnelles

Le Groupe Matmut privilégie le stockage au sein de l'Union européenne. Par principe, nous privilégions l'hébergement et le traitement de vos données personnelles en France ou au sein de l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE).

Toutefois, des données personnelles peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors de l'UE et de l'EEE pour les finalités de traitement précitées. Nous nous assurons dans ce cas que ce transfert est effectué en conformité avec la réglementation applicable et qu'un niveau de protection adéquat afin de respecter votre vie privée est assuré : en recourant par exemple à des clauses contractuelles types de la commission européenne ou en transférant dans un pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat. Certaines données personnelles, strictement nécessaires à la mise en œuvre de vos garanties contractuelles, peuvent aussi être transmises hors de l'UE et de l'EEE dans le cadre de l'exécution d'un contrat.

Comment sont sécurisées vos données personnelles ?

Le Groupe Matmut met en œuvre les mesures de sécurité adaptées. Nous veillons à mettre en œuvre les mesures de sécurité adaptées afin d'assurer un niveau de protection élevé de vos données personnelles.

Le Groupe Matmut a nommé un Délégué à la protection de données (DPO) qui est l'interlocuteur référant de l'entreprise pour tout ce qui est lié à la protection des données personnelles.

Le DPO du Groupe Matmut conseille et coordonne les actions permettant d'assurer le bon traitement des données personnelles, et intervient également, auprès des collaborateurs, afin d'assurer la conformité des pratiques à la réglementation.

En collaboration avec le responsable de la sécurité des systèmes d'information du Groupe Matmut, le DPO du Groupe Matmut s'assure de la mise en place des moyens et des actions de mise en conformité à la réglementation en vue de garantir la sécurité, l'intégrité et la confidentialité de vos données personnelles notamment afin de les protéger contre toute perte, destruction accidentelle, altération et accès non autorisé.

Nous limitons l'accès à vos données personnelles aux seules personnes habilitées. Elles ne sont traitées par ces personnes que sur nos instructions et sont protégées par une clause de confidentialité.

Nous exigeons de nos sous-traitants qu'ils appliquent des règles strictes en matière de protection des données personnelles en conformité avec les lois et réglementations applicables, tant françaises qu'européennes.

Vous aussi soyez acteur de la sécurité de vos données personnelles.

Pour cela, nous vous recommandons de :

- protéger le mot de passe de votre espace personnel et de ne le communiquer à personne ;
- vous déconnecter avant de quitter votre espace personnel, si vous partagez votre ordinateur ;

- être vigilant quant aux emails et aux appels malveillants visant à obtenir des informations personnelles pour en faire un usage frauduleux ;
- appliquer les mises à jour de sécurité de votre système d'exploitation (windows, android, iOS…) ou des applications qui sont sur votre appareil.

Quels sont vos droits ? Comment les exercer ?

Le Groupe Matmut vous informe en toute transparence. Vous disposez sur vos données personnelles des droits :

- d'accès, pour obtenir les informations relatives aux traitements de vos données personnelles et la communication d'une copie de ces données ;
- de rectification de données personnelles que vous considérez inexactes ou incomplètes ;
- d'effacement, pour obtenir la suppression de vos données personnelles, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 17 du RGPD) ;
- de limitation des traitements de vos données personnelles à leur seule conservation, si vous répondez aux conditions prévues par la réglementation (article 18 du RGPD) ;
- d'opposition, vous permettant de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à tout traitement de vos données personnelles, sauf lorsque le responsable du traitement démontre qu'il existe des motifs légitimes et impérieux pour le traitement qui prévalent sur vos intérêts, droits et libertés ou que le ou les traitements demeurent nécessaires pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice. Lorsque les données à caractère personnel sont traitées à des fins de prospection, vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à de telles fins de prospection, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection ;
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès.

Vous disposez également d'un droit à la portabilité sur les données que vous nous avez communiquées, données nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Vous pouvez demander, soit à les récupérer dans un format structuré, soit à nous demander de les communiquer directement à un autre responsable de traitement.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour un traitement de vos données personnelles, vous pouvez retirer votre consentement à ce traitement à tout moment, sans remettre en cause les traitements effectués préalablement à ce retrait.

Vous pouvez enfin faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé, y compris le profilage, produisant des effets juridiques vous concernant ou vous affectant de manière significative de façon similaire, lorsque cette décision :

- est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat nous liant ;
- est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée.

Vous avez alors le droit d'obtenir des informations relatives à cette prise de décision, de la contester le cas échéant et d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits :

- par courrier électronique : dpd@matmut.fr ;
- par courrier postal :

  Matmut
  À l'attention du délégué à la protection des données
  66, rue de Sotteville 76100 Rouen

  en justifiant de votre identité.

Vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

CNIL
3, place de Fontenoy - TSA 80715
75334 Paris CEDEX 07.

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins, nous pouvons toujours vous téléphoner lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

À propos des cookies

Afin d'améliorer votre expérience, nous utilisons des cookies pour vous fournir une connexion sûre, collecter des statistiques en vue d'optimiser les fonctionnalités du site et en adapter le contenu et vous proposer des offres et des services adaptés à vos centres d'intérêt.

6-2 Les échanges informatisés avec l'Assurance maladie obligatoire

L'adhérent et les bénéficiaires des soins sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie obligatoire et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre leur caisse d'Assurance maladie obligatoire et nous, dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Ces échanges les dispensent de nous adresser les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire.

Ils ne les dispensent pas en revanche de nous adresser les factures d'honoraires ou toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessaires pour les besoins du traitement par nos soins de ces dossiers.

L'adhérent et les bénéficiaires des soins ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre leur caisse d'Assurance maladie obligatoire et nous, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à notre attention.

Nous nous engageons à communiquer à leur caisse d'Assurance maladie obligatoire leur décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Dans ce cas, ils devront nous adresser les décomptes de remboursements effectués par leur caisse d'Assurance maladie obligatoire.

Ce système est opérationnel dans toute la France avec les CPAM (régime général) et la plupart des caisses des autres régimes obligatoires d'Assurance maladie (MSA, Mutualité Fonction Publique…).

Article 7 Les garanties du contrat

Les garanties proposées ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé exposés par le membre participant et ses ayants droit, en complément des prestations en nature de la Sécurité sociale (sauf dispositions figurant aux descriptifs des garanties) et sous les réserves exposées au point « Risques exclus » en page 15.

Les garanties sont exprimées remboursement Sécurité sociale inclus, excepté pour les forfaits prévention et médecines douces, Protection « Gros pépin » et la prime d'inscription naissance ou adoption exprimés en euros, remboursement Sécurité sociale non compris.

Sont pris en charge par la mutuelle les frais de soins effectués pendant la période de garantie dans les limites et plafonds fixés aux tableaux de garantie annexés à cette notice.

Forfaits et plafonds des prestations

Les plafonds et limites des prestations dépendent des niveaux de couverture souscrits par l'adhérent.

Les montants des forfaits ainsi que les plafonds annuels se renouvellent au 1er janvier de chaque année. Les montants des forfaits semestriels se renouvellent au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année, sauf le forfait optique pour les adhérents de plus de 16 ans qui se renouvelle tous les 24 mois à partir de la date d'achat du dernier équipement optique. En audiologie, la prise en charge est limitée à 1 700 € par oreille et se renouvelle tous les 4 ans à compter de la date d'achat du dernier équipement.

Les plafonds et forfaits annuels ou biennaux non consommés ne se reportent pas d'une période sur l'autre.

Les prestations sont, dans tous les cas, limitées, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Lorsque le membre participant bénéficie de la télétransmission, la mutuelle procède au remboursement des prestations qui lui sont dues par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire dans un délai qui ne saurait excéder quarante-huit (48) heures à compter de la réception des informations transmises par le régime obligatoire dont il relève.

Lorsque le membre participant ne bénéficie pas de la télétransmission, à compter de la réception d'un dossier complet, la mutuelle verse généralement les prestations qui lui sont dues par virement dans un délai de dix (10) jours. .

Article 8 Le libre choix

La mutuelle garantit le libre choix :

- du chirurgien, du praticien, de l'omnipraticien, du spécialiste parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- du pharmacien, de l'opticien, du laboratoire, et de tout autre professionnel de santé agréé par la Sécurité sociale ;
- de l'établissement de soins, public ou privé, parmi ceux agréés par la Sécurité sociale.

Article 9 Les modalités de calcul des prestations

Les remboursements sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance maladie, ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

La mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en fonction des garanties souscrites, en prenant pour référence la Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou les forfaits.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs peuvent être cumulées dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant successivement aux organismes concernés.

En cas de modification des actes figurant aux nomenclatures des actes professionnels (Nomenclature générale des actes professionnels [NGAP], Classification commune des actes médicaux [CCAM], Liste des produits et prestations [LPP], Nomenclature des actes de biologie médicale [NABM], Groupes homogènes de séjours [GHS]) ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie du bénéficiaire entre la date des soins et celle de la demande de remboursement, le niveau de notre intervention correspond à celui qui était applicable à la date des soins.

Article 10 Les bases et les limites des remboursements

Les prestations mentionnées dans les tableaux de garanties sont, dans tous les cas, limitées, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire et sont toujours payées en France et en euros.

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

Les frais de santé doivent correspondre à des soins réalisés après la date d'effet de l'adhésion ou de modification de la garantie. En ce qui concerne l'optique, c'est la date de facturation qui est prise en compte.

Les limites appliquées aux remboursements

- **Soins à l'étranger :** les prestations relatives aux soins effectués à l'étranger peuvent faire l'objet d'un remboursement complémentaire à celui de l'Assurance maladie obligatoire française dans les limites du contrat souscrit et sur présentation d'une facture acquittée détaillant les soins reçus. Le régime d'Assurance maladie maternité mis en œuvre par la Caisse des français de l'étranger (CFE) n'est pas un régime obligatoire. La mutuelle n'intervient pas en complément de la Caisse des français de l'étranger.

- **Chambre particulière :** la mutuelle ne peut être tenue pour responsable si l'adhérent cotisant pour la garantie Chambre Particulière ne peut bénéficier de cette prestation par manque de place dans l'établissement choisi. Les suppléments en hospitalisation ambulatoire sont pris en charge sous réserve que la garantie souscrite le prévoit et dans le cas d'hospitalisation donnant lieu à facturation d'un Acte de chirurgie (ADC) ou d'un Acte technique médical (ATM) accompagné d'un Acte d'anesthésie (ADA).
- **Optique :** les forfaits optique sont versés en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour une paire de lunettes (monture + 2 verres) dans la limite des montants décrits dans le descriptif des garanties et dans la limite d'une paire de lunettes tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (1 paire de lunettes par an).
- **Audio :** les forfaits s'entendent par oreille. La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant la date d'acquisition de l'appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Article 11 La couverture des accidents

11-1 La déclaration des accidents

L'adhérent doit adresser à la mutuelle, dans les cinq jours suivant l'accident, une déclaration indiquant :

- les **causes**, le **lieu** et les **circonstances** dans lesquelles l'accident s'est produit ;
- le **nom des témoins** ;
- les **noms et adresses du tiers responsable** et de la **compagnie d'assurances** qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
- l'indication précise du **commissariat ou de la brigade de gendarmerie** qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

En conséquence, dans les cas d'accidents où la mutuelle, en vertu d'une convention de tiers payant serait amenée à régler pour le compte de son adhérent, tout ou partie des frais, ce règlement fait à titre d'avance, constituerait au profit de la mutuelle, une créance sur ledit adhérent qui sera tenu de la lui rembourser.

En cas d'accident, l'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile, et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant décisif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

11-2 L'intervention de la mutuelle

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription, et dans la limite des frais réels. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En cas d'accident dont la responsabilité peut être imputée à un tiers, la mutuelle intervient dans la mesure où l'adhérent a fourni à la mutuelle, une déclaration établie conformément aux indications de l'alinéa « déclaration des accidents ».

L'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagée à l'encontre du tiers, ou de l'assureur substitué, une action en vue de faire connaître son droit à réparation.

En application des dispositions concernant la subrogation (présentées dans l'article 14), la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable.

Article 12 Les risques exclus

Sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- ***les soins et actes médicaux réalisés avant la date d'effet de l'adhésion ou de la modification de garantie, et pour les hospitalisations, la partie du séjour effectuée avant cette même date ;***
- ***la prise en charge des traitements orthodontiques dont la date de début des soins figurant sur la facture du praticien n'est pas compris dans la période d'effet des garanties ;***
- ***les prestations liées aux garanties Indemnité Journalière Hospitalière et Chambre Particulière pendant la période de stage ;***
- ***les séjours en maisons de santé médicales telles que définies par l'article L. 6323-3 du Code de la santé publique, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère médical et/ou sanitaire et social avec ou sans hébergement tels que définis à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, aérium, préventorium, sanatorium ;***
- ***les frais liés à des cures thermales ne donnant pas lieu à un forfait de surveillance médicale pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire ;***
- ***les frais afférents aux cures de rajeunissement et d'amaigrissement, ainsi qu'aux traitements « esthétiques » sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la mutuelle (par interventions esthétiques, il faut comprendre celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction).***

Par ailleurs et à l'exception des actes qui doivent obligatoirement être pris en charge dans les garanties remplissant les critères du contrat responsable, en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application, sont également exclus :

- ***les soins, actes médicaux ou hospitalisations, qui sont la conséquence des faits suivants :***

- guerre civile ou étrangère,

- glissements, effondrements ou affaissements de terrain, des avalanches, des tremblements de terre, des éruptions volcaniques, des raz de marée ou des tsunamis,

- actes commis volontairement par l'adhérent : participation effective à une émeute ou un soulèvement populaire, à un crime ou à un délit intentionnel, à une rixe, sauf cas de légitime défense,

- explosion d'un engin ou partie d'engin atomique,

- radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,

- accidents résultant de la participation de l'adhérent à des paris et de la pratique, à titre professionnel, d'un sport.

Il est expressément précisé qu'aucun des actes médicaux ni aucun des soins entrant dans le périmètre de tout contrat responsable ne saurait faire l'objet de la moindre exclusion, quelles que soient les causes ou les circonstances qui les auraient rendus nécessaires.

D'autre part, des exclusions peuvent être spécifiques à certaines garanties. Dans ce cas, elles figurent dans les tableaux de garanties.

Article 13 Le contrôle médical des prestations

La mutuelle se réserve le droit de faire procéder, à tout moment, aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. L'adhérent ne peut se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes sous peine de suspension immédiate du service des prestations.

En cas de contestation sur les décisions de refus de versements liés à ces contrôles, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, le médecin conseil de la mutuelle ou tout autre médecin désigné par elle, et un médecin expert choisi en accord avec les deux premiers.

Dans le cas où un accord ne pourrait intervenir sur sa désignation, ce troisième médecin serait désigné, à la demande de la mutuelle, par le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins. Dans tous les cas de figure, ses honoraires seront à la charge de la partie dont les arguments auront été reconnus comme infondés.

Article 14 Subrogation, prescription, forclusion

14-1 La subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

14-2 La prescription

Toute action dérivant de l'adhésion d'un membre participant, qu'il s'agisse de sa validité ou de son exécution, est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 221-11, L. 221-12 et L. 221-12-1 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

• en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

• en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue :

• par l'une des causes ordinaires, notamment :
  - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil),
  - une demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
  - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;

• ainsi que dans les cas suivants :
  - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre,
  - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par l'adhérent à la mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La mutuelle et l'adhérent ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription biennale ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

14-3 La forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans maximum, à compter de la date de remboursement du régime d'obligation, ou du régime surcomplémentaire, ou du fait générateur motivant la demande pour les autres prestations non liées à l'intervention d'un autre régime.

Article 15 Les modalités de remboursement

15-1 Le tiers payant

Le tiers payant est le service qui dispense l'assuré de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé (dans la limite de la garantie souscrite).

La carte de tiers payant vous permet de ne pas faire l'avance de vos frais de santé auprès de la plupart des professionnels de santé : hôpitaux et cliniques, pharmacies, laboratoires d'analyses, cabinets de radiologie, opticiens, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, ambulances.

L'ouverture des droits

Pour bénéficier de ce service, la mutuelle délivre à ses adhérents une carte permettant l'ouverture des droits à prestations.

Votre carte de tiers payant est le témoin de votre adhésion. Elle comporte votre nom et prénom ainsi que votre numéro d'adhérent. Elle est valable pour l'ensemble des personnes protégées (ayants droit) dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Elle est remise au membre participant, **en deux exemplaires**, au moment de l'adhésion, par la mutuelle gestionnaire, puis est renouvelée avant la fin de la période de couverture.

L'adhérent ne peut en faire usage que s'il est à jour de ses cotisations ; dans le cas d'une utilisation non conforme, il s'engage à acquitter auprès de la mutuelle la dette dont il serait alors redevable. En cas de radiation en cours d'année, l'adhérent est tenu de détruire sous 48 heures les documents qui lui ont été délivrés.

Pour utiliser le tiers payant

Pour profiter de ce service, le bénéficiaire des soins présente au professionnel de santé **sa carte de tiers payant** en même temps que sa **carte Vitale®** (ou l'attestation papier carte Vitale®).

Vous ne réglez au professionnel de santé que la part non prise en charge par le régime obligatoire ou la mutuelle.

Le tiers payant n'est possible que dans le cadre du « parcours de soins » et sous réserve de conventions et de l'accord du professionnel de santé.

15-2 Si vous avez fait l'avance des frais

En l'absence de procédure de tiers payant, les demandes de remboursement sont traitées de la façon suivante :

- soit par prise en compte directe par télétransmission du décompte de Sécurité sociale pour ceux qui bénéficient du système d'automatisation des échanges d'informations avec les régimes obligatoires (système d'échange NOEMIE) ;
- soit par transmission à la mutuelle de l'original du décompte de Sécurité sociale reçu ;
- et le cas échéant, par transmission de toute pièce justificative dans le cas de demande de versement de prestations forfaitaires (prime d'inscription à la naissance, frais d'accompagnant, acte de prévention ou médecines douces, etc.).

Les prestations sont versées par virement bancaire.

15-3 Les échanges informatisés NOEMIE

Dès mise en place des échanges NOEMIE, votre décompte Sécurité sociale (ou équivalent) porte la mention **« nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire Mutuelle Ociane Matmut ».**

Si cette mention ne figure pas sur votre décompte, cela signifie que les échanges ne fonctionnent pas comme prévu.

Pour être remboursé, il convient alors d'adresser à la mutuelle :

- l'original du décompte Sécurité sociale ;
- éventuellement la facture des soins et la prise en charge du régime obligatoire.

Pour activer les échanges NOEMIE, vous êtes invité à contacter la mutuelle, en vous munissant de votre attestation papier carte Vitale®, afin de vérifier les informations vous concernant.

NOEMIE : ça veut dire quoi ?

Littéralement Norme d'ouverture d'échanges entre le régime d'Assurance maladie et les intervenants extérieurs. Système informatique de transmission directe des décomptes de prestations entre le régime obligatoire et la mutuelle.

15-4 Les modalités de remboursement selon les prestations prévues par votre garantie

15-4-1 Hospitalisation

Lorsque vous êtes hospitalisé(e), la mutuelle se charge de régler à votre place* tous les frais de santé, dans la limite de votre garantie. Pour cela, il convient de présenter à la clinique ou à l'hôpital :

- votre **carte de tiers payant** ;
- votre **carte Vitale®**.

L'établissement hospitalier effectue alors lui-même toutes les démarches auprès de la mutuelle et de la Sécurité sociale.

Si, par exception, vous avez réglé les frais à la clinique ou à l'hôpital, pour obtenir les remboursements dans les meilleurs délais, adressez à la mutuelle :

- la facture **originale acquittée** ;
- le **décompte** de la Sécurité sociale.

Cas particuliers

- **Le lit accompagnant** vous est remboursé sur présentation des justificatifs des dépenses réglées aux établissements de soins ou aux structures d'accueil mises à la disposition des familles d'hospitalisés.
- **Le bonus chambre particulière** se déclenche au-delà du 10e jour d'hospitalisation continue en chambre particulière (sur un ou plusieurs établissements), hors placements particuliers et psychiatrie avec effet rétroactif au 1er jour.

15-4-2 Consultation chez le médecin

- Si le médecin est équipé du lecteur de carte Vitale®, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par votre médecin au centre de Sécurité sociale.
- Si le médecin n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale®, il établit une feuille de soins, que vous devez adresser à votre centre de Sécurité sociale.

Dans les deux cas, votre centre de Sécurité sociale transmet** (système NOEMIE) à la mutuelle les informations nécessaires pour qu'elle effectue le remboursement sous 48 heures.

15-4-3 Pharmacie, analyses médicales, cabinets de radiologie

- Avec le tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en pharmacie (médicaments remboursables sur prescription médicale) dans les laboratoires d'analyses et les cabinets de radiologie conventionnés. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément.

Vos démarches s'arrêtent là.

- Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale®, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien au centre de Sécurité sociale. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale®, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer avec la prescription du médecin, à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture du praticien si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

* Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite.

** Si votre régime obligatoire le permet. Sinon, il convient de nous adresser, dès réception, votre décompte Sécurité sociale pour être remboursé.

15-4-4 Prothèses dentaires, auditives, orthopédie

- Si vous bénéficiez du tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en prothèses dentaires, auditives et orthopédie. Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément.
- Si vous avez fait l'avance des frais et que le praticien est équipé du lecteur de carte Vitale®, vous n'avez aucune démarche à effectuer : les informations sont transmises directement par le praticien au centre de Sécurité sociale. Si le praticien n'est pas équipé du lecteur de carte Vitale®, il établit une feuille de soins que vous devez envoyer, avec la prescription du médecin, à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

Bénéficiez de tarifs préférentiels auprès de nos audioprothésistes de notre réseau partenaire Kalixia Audio.
Ce service vous permet de diminuer votre reste à charge et d'accéder à des équipements de qualité.
Rendez-vous dans votre espace personnel sur matmut.fr pour connaître les audioprothésistes Kalixia Audio proches de vous.

15-4-5 Optique

- Si vous bénéficiez du tiers payant*, c'est la mutuelle qui règle à votre place, dans la limite de votre garantie, vos dépenses en optique (verres, montures et lentilles remboursées). Si le prix de vos soins dépasse le montant pris en charge par la mutuelle et la Sécurité sociale, vous devrez alors régler le supplément. Vos démarches s'arrêtent là.
- Si vous avez fait l'avance des frais, vous devez envoyer les feuilles de soins et la prescription du médecin à la Sécurité sociale qui vous rembourse.
- Si vous bénéficiez du système NOEMIE, vos démarches s'arrêtent là. La mutuelle vous demande éventuellement la facture de l'opticien, si votre garantie prévoit un remboursement complémentaire.

Sinon, adressez à la mutuelle le décompte de la Sécurité sociale accompagné de l'original de la facture acquittée nominative et détaillée par acte.

Bénéficiez de tarifs préférentiels auprès de nos opticiens partenaires Kalixia Optique.
Ce service vous permet de diminuer votre reste à charge et d'accéder à des services de qualité.
Rendez-vous dans votre espace personnel sur matmut.fr pour connaître les opticiens partenaires proches de vous.

15-4-6 Protection « Gros pépin »

Prestations assurées	Ce que vous devez nous adresser
Prothèses externes prises en charge par la Sécurité sociale : capillaire, oculaire, mammaire	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge par la Sécurité sociale	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien.
Suivi psychologique prescrit en cas d'affection longue durée	**Le décompte de la Sécurité sociale** accompagné de **l'original de la facture nominative acquittée** du praticien. **Un document attestant que le suivi est effectué dans le cas d'une affection longue durée.**

15-4-7 Prime d'inscription naissance ou adoption

Cette prime est versée à l'adhérent, dans la limite de sa garantie, sous réserve que l'enfant né ou adopté soit désigné comme bénéficiaire au titre du contrat dans les 3 mois suivant sa naissance ou son adoption. Il n'est versé qu'une seule prime par enfant.

* Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et selon accord du professionnel de santé, sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite.

15-4-8 Prévention et médecines douces

Prestations assurées	Ce que vous devez nous adresser
Homéopathie, phytothérapie, vaccins et contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	**La facture nominative acquittée** et détaillée par acte.
Forfait vaccin antigrippe	**Sur facture pharmaceutique nominative acquittée** jusqu'au 31 décembre 2026.
Sevrage tabagique	**La facture nominative acquittée et détaillée** par acte.
Ostéopathie, psychologie, psychothérapie, psychomotricité, podologie, réflexologie plantaire, chiropraxie, étiopathie, sophrologie, microkinésithérapie, shiatsu, acupuncture, cryothérapie, hypnose, naturopathie, diététique, homéopathe, phytothérapeute	**La facture nominative acquittée** et détaillée par acte.
Forfait santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans	
Consultation ergothérapeute	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé d'ergothérapie.
Consultation psychomotricien	**L'original de la facture nominative acquittée** du praticien diplômé de psychomotricité.
Bilans allergiques : tests cutanés	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles de l'apprentissage et du comportement : vue, audition, dyslexie, dyscalculie, troubles alimentaires ou relationnels	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.
Dépistage des troubles du développement chez les enfants de moins de 3 ans : dépistage visuel et auditif	**Un justificatif nominatif** signé par le médecin attestant de la réalisation d'un acte de dépistage.

Toute demande de remboursement des consultations « Prévention et médecines douces » est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de l'ARS (Agence régionale de santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADELI.

15-4-9 Assistance

Le service Matmut Assistance est inclus dans votre contrat. Il vous apporte tout un ensemble de services d'assistance :

- en cas d'enfant malade ou d'arrêt de travail de sa nourrice, nous vous proposons une solution adaptée ;
- à l'étranger, en cas d'accident ou d'hospitalisation imprévue, nous pouvons prendre en charge vos frais médicaux… La notice est disponible sur votre espace personnel.

Option Protection Hospitalière

Si vous avez souscrit cette option, lorsque vous êtes hospitalisé, vous bénéficiez d'une indemnité permettant de combler, le cas échéant, le reste à charge des frais relatifs à la chambre particulière, la location du téléviseur… Le montant de l'indemnité Protection Hospitalière est de 15 €. (L'option Protection Hospitalière est ouverte à l'adhésion aux personnes âgées de moins de 75 ans.)

Pour obtenir le versement du forfait Protection Hospitalière, pas de démarche à effectuer. La Mutuelle Ociane Matmut vous verse le montant alloué, dès le 4e jour d'hospitalisation (franchise de 3 jours) et sans justificatif. Limitation des remboursements à 90 jours par an, dont 30 jours en psychiatrie.

15-5 Comment suivre vos remboursements ?

Avec Ociane, chacun peut suivre ses remboursements de la façon qui lui convient le mieux !

15-5-1 Par internet avec une information par SMS ou email

Pour vous permettre un suivi de vos remboursements plus simple, plus rapide et plus écologique (suppression des envois papier), Ociane Matmut vous fait bénéficier gratuitement de son service d'informations par SMS ou par email dès qu'un relevé de prestations est archivé dans votre espace personnel ou à chaque nouveau remboursement sur votre compte.

Si vous ne disposez pas encore de ce service, abonnez-vous sur votre espace personnel.

15-5-2 Par les relevés de prestations

Les relevés de prestations sont émis par périodes de 28 jours. Ces relevés présentent toutes les prestations, y compris celles directement versées au professionnel de santé pour votre compte (pharmacie, hospitalisation…).

Les remboursements détaillent la part Sécurité sociale, la part mutuelle et comportent de précieux renseignements.

Article 16 Le dispositif réglementaire

16-1 Le contrat responsable

Le dispositif du contrat responsable, instauré par la réforme d'août 2004, est destiné à inciter les mutuelles à orienter le patient vers le parcours de soins.

Selon les dispositions découlant de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, votre contrat remplit les critères du contrat responsable. À ce titre :

Il ne prend pas en charge :

- la majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale (refus du droit d'accès au dossier médical personnel) ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 €, valeur depuis avril 2006) ;
- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnée au paragraphe III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, dites « franchises médicales ».

Il prend en charge au minimum :

- 100 % de la Base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale pour les consultations, actes techniques, pharmacie à service médical rendu important, prothèses dentaires et orthodontie ;
- un forfait journalier hospitalier illimité ;
- l'intégralité du forfait patient urgences ;
- une paire de lunettes tous les 2 ans (1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) avec différenciation de prise en charge suivant la dioptrie.

La LFSS pour 2019 (article 51) et le décret 2019-21 du 11 janvier 2019 déterminent de nouvelles règles attachées au dispositif des contrats responsables et solidaires. Le niveau de garanties du panier de soins « 100 % santé » permet la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) et la complémentaire santé des soins dentaires prophétiques, des frais d'optique et d'audiologie.

Ce dispositif s'applique à votre contrat et prévoit :

Le remboursement des équipements optiques

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- les équipements optiques de classe A («Reste à charge zéro») tels que définis dans la LPP, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre sont sans reste à charge pour l'assuré après l'intervention combinée de l'Assurance maladie obligatoire et du contrat de complémentaire santé responsable. Ces équipements sont remboursés à hauteur des frais réels engagés dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % Santé » ;
- les équipements optiques de classe B («à tarifs libres») sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur est effectuée dans le respect des planchers et plafonds prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans les tableaux de prestations. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 €.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A » ;
- soit un panachage de l'équipement entre les verres et monture des « classes A et B ».

Le tableau des prestations mentionnant un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge s'effectue donc dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire. Cette période de 2 ans (24 mois) s'apprécie à compter de la date d'acquisition du premier équipement. Elle peut donc être différente entre le membre participant et chacun de ses ayants droit.

Le remboursement d'un équipement (monture + verres) peut être fait par période d'un an :

- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans ;
- et quel que soit l'âge du bénéficiaire, en cas de changement de la vision nécessitant un changement de verres et sur présentation des deux prescriptions médicales lors de la deuxième demande.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, un renouvellement tous les 6 mois est possible en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur et ce, suivant l'acquisition du précédent équipement.

La justification d'une évolution de la vue par référence à l'arrêté du 3 décembre 2018 relatif à la prise en charge des équipements d'optique médicale se fonde :

- soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ;
- soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application des textes réglementaires (nature des produits délivrés et date de cette délivrance).

La nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur le « contrat responsable » et plus particulièrement le cadre de remboursement fixé par la réforme 100 % Santé.

Les montants indiqués s'entendent y compris les remboursements déjà opérés par des garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés :

- les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ;
- les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- les verres dits « hyper complexes » correspondent à un équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe ;
- ou d'un verre simple et d'un verre hypercomplexe ;
- ou d'un verre complexe et d'un verre hypercomplexe.

Le remboursement des aides auditives

La prestation, qui s'entend par oreille appareillée, est remboursée sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et, sous réserve que la prestation soit prévue au tableau des garanties, d'un forfait annuel en euros supplémentaire par oreille.

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- les équipements auditifs de « classe I » sans reste à charge tels que définis dans la LPP : sont remboursés au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé ;
- les équipements auditifs de « classe II » sont remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat prévoit une prise en charge au delà du ticket modérateur, le remboursement se fait dans le respect du montant maximum tel que précisé par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est **limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire ou par l'assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Les remboursements dentaires

Pour tous les travaux dentaires, et dans l'intérêt du bénéficiaire, nous l'invitons à demander préalablement, un devis, conforme à la réglementation en vigueur. Chaque devis fera l'objet d'une analyse veillant au respect d'une bonne adéquation entre la prestation réalisée et les frais engagés.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis par le contrat responsable :

- **un panier « 100 % Santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur des frais réels engagés sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux chirurgiens-dentistes ;
- **un panier aux tarifs maîtrisés/modérés** remboursé au minimum à hauteur du ticket modérateur et sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans les tableaux de prestations ;
- **un panier aux tarifs libres remboursés au minimum à hauteur du ticket modérateur** dans la limite des garanties prévues dans les tableaux de prestations.

Les conseils de la Mutuelle Ociane Matmut

Pour être mieux remboursé, consultez les médecins ayant signé la convention OPTAM/OPTAM-CO.

L'OPTAM/OPTAM-CO est un contrat souscrit par certains professionnels de santé auprès de l'Assurance maladie. Il s'agit de médecins à honoraires libres appelés médecins secteur 2 ou assimilé. Par la signature de ce contrat, le médecin s'engage auprès de l'Assurance maladie à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

16-2 Le parcours de soins

La réforme de l'Assurance maladie (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application) a instauré le principe d'un « parcours de soins» dont le non-respect par le patient entraîne des pénalités.

La réforme a pour ambition de faire évoluer le système autour d'une volonté partagée : « soigner mieux en dépensant moins» ; l'objectif final étant de résorber le déficit de la Sécurité sociale.

Un des axes majeurs de cette réforme est la mise en place d'un parcours de soins coordonnés via le médecin traitant, version moderne du médecin de famille.

Le respect du parcours de soins

Tout patient de 16 ans et plus doit consulter d'abord son médecin traitant (qu'il a librement choisi et déclaré comme tel à sa caisse de Sécurité sociale).

Votre médecin traitant a un rôle central et vous oriente, si nécessaire, vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.

Pour autant qu'un médecin traitant ait été préalablement déclaré, des exceptions précises à ce schéma sont prévues : urgences, vacances et consultations de certains spécialistes en direct (dentistes, pédiatres, ophtalmologues, gynécologues).

Les patients de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement les neuropsychiatres et les psychiatres.

Le remboursement de la Sécurité sociale est inchangé et l'assurance complémentaire intervient en complément, selon la garantie choisie.

Le non-respect du parcours de soins

Des pénalités financières sur les remboursements des consultations et d'actes médicaux sont appliquées par le régime obligatoire d'Assurance maladie et ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires.

Ainsi hors parcours de soins coordonnés :

- le taux de remboursement de l'Assurance maladie est minoré de 20 % pour les consultations et les actes techniques, et la mutuelle ne doit pas rembourser la différence ;
- les médecins spécialistes peuvent pratiquer des dépassements même s'ils sont en secteur 1. Hors parcours, une franchise de 8 € (valeur depuis avril 2006) reste à votre charge sur les dépassements d'honoraires quelle que soit votre garantie (à défaut, le contrat serait « non responsable» selon la loi et renchéri de la taxe sur les conventions d'assurance correspondante).

Les conseils de votre mutuelle

Pour être mieux soigné et mieux remboursé, respectez le parcours de soins !

En effet, votre mutuelle approuve l'ensemble du dispositif garant du meilleur soin et vous conseille vivement de respecter le parcours de soins ainsi préconisé :

- désignez votre médecin traitant si ce n'est déjà fait : profitez d'une prochaine visite pour le demander à votre praticien. Ce dernier peut réaliser cette déclaration directement sur le site ameli.fr ;
- consultez votre médecin traitant avant de voir un spécialiste : vous serez mieux soigné et mieux remboursé ;
- renseignez-vous sur le secteur d'activité de vos médecins habituels : privilégiez le secteur 1 pour de meilleurs remboursements. Les médecins de ce secteur pratiquent strictement les tarifs Sécurité sociale et ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires ;
- demandez à votre médecin s'il a bien indiqué que votre consultation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins (sur le support destiné à la Sécurité sociale) ;
- vérifiez sur votre relevé de prestations de la Sécurité sociale que les soins sont correctement qualifiés.

Article 17 Le fonds d'entraide mutualiste

Si vous rencontrez des difficultés, ou si vous êtes concerné par des circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, la mutuelle peut vous allouer des prestations exceptionnelles autres que celles prévues par votre contrat.

Les secours ainsi attribués, destinés aux adhérents en difficulté, sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'assemblée générale, et attribués sur décision de la commission d'entraide mutualiste mise en place par le conseil d'administration.

Les demandes de secours exceptionnels sont établies à partir d'un imprimé prévu à cet effet qui doit comporter l'ensemble des renseignements permettant de statuer sur leur recevabilité, et notamment les justificatifs suivants :

- justificatifs des ressources du demandeur (avis d'imposition ou de non-imposition, copie de la déclaration de revenus…) ;
- nature des frais engagés ou de l'aide demandée ;
- aides déjà obtenues auprès d'autres organismes ou régimes.

Article 18 Le traitement des réclamations

Renseignez-vous auprès de nos services au **02 35 03 68 68**.

Constitue une réclamation, l'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou de clarification ou une demande d'avis n'est pas considérée comme une réclamation.

Modalités d'examen des réclamations

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

Qu'est-ce qu'une réclamation ?

L'expression de votre mécontentement ou de votre insatisfaction à notre égard constitue une réclamation.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information ou une demande d'avis n'est pas considérée comme telle.

Quelles sont les étapes de traitement ?

Soucieux de vous offrir le meilleur accompagnement possible, nous mettons à votre service un dispositif dédié au traitement des réclamations, pour vous répondre rapidement, en toute transparence et dans le respect de vos droits.

- En cas de désaccord sur le présent contrat, et quel qu'en soit l'objet (sa souscription, sa gestion ou le règlement d'un sinistre), votre réclamation peut être formulée par tous moyens à votre convenance :
  - téléphone **02 35 03 68 68 ;**
  - internet via le **formulaire « réclamations »** disponible sur votre **espace personnel ;**
  - courrier **Matmut – Gestion des réclamations – TSA 40261 – 76729 Rouen CEDEX ;**
  - vis-à-vis **auprès de nos agences.**

Le responsable du service ou de l'agence concerné ou une entité dédiée au traitement des réclamations étudie votre situation avec la plus grande attention et s'efforce de vous répondre au plus tôt. Si la réponse ne peut vous être adressée dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation, un accusé de réception vous est envoyé. En toute hypothèse, nous nous engageons à vous répondre dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de votre réclamation écrite.

- Si la réponse apportée ne vous satisfait pas :
  - vous pouvez solliciter notre service « Réclamations sociétaires » par simple mail (service.reclamations@matmut.fr), ou en écrivant à l'adresse suivante :

    Service **« Réclamations sociétaires » 66, rue de Sotteville 76030 Rouen CEDEX 1.**

    Celui-ci procède à un nouvel examen de votre dossier, et vous fait part de sa position dans un délai maximal de 30 jours ;
  - vous pouvez également saisir gratuitement le médiateur de l'assurance, en déposant votre demande et les pièces de votre dossier sur son site internet : **www.mediation-assurance.org**, ou en écrivant à l'adresse suivante :

Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris CEDEX 09

Le médiateur vous répond dans un délai de 90 jours, selon sa charte, que vous pouvez consulter directement sur ce site.

Vous pouvez également saisir le médiateur deux mois après l'envoi de votre réclamation, si aucune réponse ne vous a été apportée.

Informations importantes

La saisine du médiateur doit obligatoirement intervenir dans le délai d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation initiale et aucune action contentieuse ne doit avoir été engagée auparavant.

L'avis du médiateur de l'assurance ne nous lie, ni vous, ni nous, chacun conservant le droit de saisir les tribunaux.

Article 19 Vos services internet exclusifs : toute votre mutuelle en ligne sur matmut.fr

Accéder à l'espace personnel et se connecter à l'aide des identifiants qui vous sont adressés par courrier.

Les e-services

- **l'info remboursement** pour recevoir un email ou un SMS dès qu'un remboursement est effectué ;
- **l'info relevé de prestations** pour être informé par email ou SMS lorsqu'un nouveau relevé est disponible ;
- **le dépôt de pièces justificatives** pour obtenir un remboursement plus rapidement ou transférer un document administratif.

Vos garanties Santé en direct

- visualiser le **détail de vos garanties ;**
- suivre **vos remboursements ;**
- retrouver **vos documents échangés avec la Mutuelle Ociane Matmut et vos documents contractuels ;**
- **ajouter un bénéficiaire ;**
- **simuler une prise en charge** en optique ou dentaire avant d'engager une dépense lourde.

Les services +

- **localiser un audioprothésiste partenaire Itelis (opticiens, audioprothésistes, ostéopathes…) ;**
- **joindre un médecin gratuitement, 24 h/24 et 7 j/7** avec le service de téléconsultation Medaviz ;
- **se former aux gestes qui sauvent** avec Salvum ;
- **obtenir un deuxième avis médical en cas en cas de situation médicale complexe ou de maladie invalidante** avec deuxiemeavis.fr ;
- **reprendre une activité physique, retrouver un poids d'équilibre, gérer son stress, améliorer son sommeil, arrêter durablement de fumer ou vapoter, accompagner les parents d'enfants en situation de surpoids ou encore les femmes à vivre sereinement leur ménopause…** avec les programmes Méta-Coaching ;
- **se faire livrer des médicaments sur ordonnance 7 j/7 et 24 h/24**.

Un service d'achat en ligne de lunettes pour réduire le reste à charge !

Itelis

Grâce au réseau Itelis, vous profitez d'avantages tarifaires et de services de qualité en toute confiance.

Nous proposons :

• **des tarifs préférentiels** ;

• **des services de qualité :**
- des verres rigoureusement séléctionnés,
- un très large choix de montures de marque,
- des garanties après-vente performantes ;

• **un accompagnement digital personnalisé :**
- des tests de la vue en ligne,
- **l'accès au service 100 % Bien vu** : une offre entièrement digitale proposant des équipements de classe A avec **un choix très large choix de plus de 300 montures** intégralement pris en charge et la possibilité de choisir une seconde paire à partir de 1 €,
- un parcours en ligne avec **essayage virtuel et prise de mesures en réalité augmentée** ;

• **la proximité :**
- avec un réseau d'envergure nationale,
- des opticiens à domicile via le réseau Optical Center Mobile : un véhicule ultra-équipé se déplace sur le lieu de votre choix et vous propose tous les services Itelis comme en boutique.

Réseau audio

Nous proposons :

• **des tarifs négociés :**
- des tarifs préférentiels proposés sur des appareils de marque exclusivement,
- jusqu'à 15 % d'économie sur les aides auditives (soit une réduction pouvant aller jusqu'à 500 € pour un appareillage de marque sur lest deux oreilles),
- à partir de 15 % d'économie sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...),
- à partir de 10 % d'économie sur les produits d'entretien ;

• **des services adaptés :**
- un accompagnement personnalisé,
- un suivi complet de l'appareillage durant toute la durée de vie de l'aide auditive, même en cas de déménagement, avec des rendez-vous de contrôle réguliers après la délivrance de l'équipement,
- des garanties après-vente performantes,
- des tests de l'ouïe en ligne ;

• **une réelle proximité :**
- plus de 4 000 audioprothésistes partenaires agréés répartis sur toute la France,
- une géolocalisation pour trouver rapidement le professionnel de santé proche de chez vous.

Réseau médecines douces

Nous proposons :

• **des services avantageux :**
- une sélection rigoureuse pour un référencement de qualité sur tout le territoire,
- un accès facilité grâce à la plate-forme permettant de choisir son professionnel selon divers critères (lieu de consultation, spécialité, tarifs négociés en fonction des régions...),
- des ostéopathes disponibles en cabinet et à domicile, y compris le soir et le week-end,
- des psychologues et diététiciens disponibles en cabinet ;

• **une proximité :**
- un réseau développé composé d'ostéopathes et psychologues spécialisés en thérapies comportementales cognitives et diététiciens,
- une géolocalisation pour trouver rapidement le professionnel de santé proche de chez moi.

Itelis est une marque d'Isea. Isea - Société Anonyme (SA) à directoire et conseil de surveillance au capital de 5 452 135,92 €, inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 440 358 471. Siège social : Immeuble « Le Diapason » - 218, avenue Jean-Jaurès 75916 Paris.

Salvum, un nouveau service de prévention en ligne

La Mutuelle Ociane Matmut met à votre disposition, Salvum, une application ludo-éducative accessible sur PC et smartphone (iOs et Android) de formation au secourisme qui permet de valider la partie théorique du PSC1*.

Vous pourrez ainsi apprendre ou réapprendre selon vos disponibilités l'ensemble de la partie théorique liée à la formation aux premiers secours de manière ludique, rapide, et sans avoir à se déplacer!

Une formation reconnue

Salvum a été plusieurs fois récompensé :

• prix m-santé patient/grand public aux Trophées de l'e-santé en 2016 ;

• le «Sceau de l'Excellence» de la Commission européenne ;

• le process Salvum est conforme aux directives du ministère de l'Intérieur (agrément obtenu en 2015).

Une formation ludique et engageante

Salvum présente une ergonomie comparable à celle d'un jeu, avec des visuels efficaces et simples : « Dans le monde du secourisme, il s'agit de sauver un maximum de vies. »

L'accès à ce service se fait depuis la rubrique « Mes partenaires santé » de votre espace personnel sur matmut.fr.

Inscrivez-vous sur votre espace personnel pour bénéficier de l'offre et recevoir vos codes en cliquant sur « se connecter ».

Après la formation, une attestation valide l'obtention de la partie théorique du PSC1.

Salvum – Formation en ligne de secourisme - SAS au capital social de 451 520 €, inscrite au RCS de Meaux sous le nº Siren 801 777 541. Siège social : 1, avenue Christian-Doppler 77700 Serris.

* L'attestation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 est la formation de base aux premiers secours en France. Définie par arrêté interministériel des ministères de l'Intérieur et de la Santé, elle est délivrée par les associations agréées et organismes habilités.

Medaviz

Medaviz, votre service de téléconsultation

La Mutuelle Ociane Matmut met à votre disposition un nouveau service téléconsultation, Medaviz, qui vous permet d'appeler le professionnel de santé de votre choix instantanément et 24 h/24 et 7 j/7 !

Une utilisation simple

2 moyens sont à votre disposition pour contacter rapidement un médecin :

- en composant le 09 74 59 12 12 (numéro non surtaxé) ;
- en utilisant l'application « Medaviz ».

Une démarche sûre

Tous les professionnels Medaviz sont diplômés en France et inscrits à l'Ordre de leur spécialité.

Un service qui présente de nombreux atouts

- Consultation gratuite.
- Réponse immédiate et gain de temps : pas besoin de rendez-vous, les médecins Medaviz sont accessibles en temps réel 24 h/24 et 7 j/7.
- Accès à de nombreuses spécialités médicales : généralistes, pédiatres, psychologue, sages-femmes, pharmaciens…

Pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr rubrique : « Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé ».

Medaviz – Service mis en œuvre par Podalire - SAS au capital de 79 920 €, inscrite au RCS de Paris sous le nº Siren 807 414 024. Siège social : 10, rue de Penthièvre 75008 Paris. Le service doit faire l'objet d'une utilisation raisonnable.

META COACHING

Le coaching santé en ligne

Programmes de coaching santé basés sur les thérapies comportementales et cognitives et traitant les thématiques suivantes vous sont proposés :

- arrêter durablement de fumer ou vapoter ;
- reprendre une activité physique ;
- retrouver un poids d'équilibre ;
- gérer son stress ;
- améliorer son sommeil ;
- accompagner les parents d'enfants en situation de surpoids ou encore les femmes à mieux vivre leur (pré) ménopause…

Chaque programme comporte :

- des outils et des défis ;
- des exercices adaptés pour progresser au quotidien ;
- des espaces communautaires (chats, blogs, forums) ;
- l'assistance d'un coach psychologue ou coach diététicien par email (gratuit) ou lors d'un entretien téléphonique approfondi (payant).

L'inscription aux programmes se fait à partir de l'espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Mes partenaires santé » et n'est possible qu'à partir de la date d'effet de l'adhésion. Un identifiant et un mot de passe personnalisable sont alors envoyés par email à la personne inscrite. Ces codes d'accès sont propres à chaque personne inscrite et valables pour les 6 programmes.

Coaching santé délivré par **Méta-Coaching** – SAS au capital social de 383 299 €, inscrite au RCS de Paris sous le nº Siren 513 782 003. Siège social : 65, rue Saint-Charles 75015 Paris.

Le service deuxiemeavis.fr

Le service deuxiemeavis.fr permet d'obtenir un deuxième avis médical auprès d'un médecin expert en cas de maladie grave ou invalidante **en moins de 7 jours**.

Les avantages du service deuxiemeavis.fr :

- vous obtenez l'avis d'un expert de votre maladie en moins de 7 jours ;
- le service est gratuit et vos données sont entièrement sécurisées ;
- vous participez pleinement à la prise de décision médicale avec toutes les informations nécessaires ;
- vous recevez un compte-rendu écrit, argumenté et signé pour échanger avec le médecin ou l'équipe traitante ;
- vous avez accès à des fiches d'informations détaillées sur plus de 300 pathologies validées par des médecins experts référencés.

Pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr, rubrique «Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé».

Deuxiemeavis.fr - La plateforme web www.deuxiemeavis.fr est éditée par la société Carians - Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 109 230 €, inscrite au RCS de Paris sous le nº Siren 803 657 717. Siège social : 1, boulevard Pasteur 75015 Paris.

Livmed's, le service de livraison de médicaments à domicile

La Mutuelle Ociane Matmut met gratuitement à votre disposition Livmed's, un service de livraison de médicaments sur ordonnance à domicile, 24 h/24 et 7 j/7, en 30 min (pour toutes commandes passées auprès d'une pharmacie partenaire dans un rayon de 20 km).

L'application Livmed's permet l'accès aux soins pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer (immobilisation, maladie, enfants en bas âge…).

Les avantages de Livmed's :

- bénéficier d'un service de livraison rapide, sécurisé et en 24 h/7 j ;
- la livraison gratuite dans un rayon de 20 km (au-delà, 1 € supplémentaire par kilomètre à la charge de l'adhérent) ;
- la livraison jusqu'à 30 km,au-delà de 30 km livraison à J+1 ;
- 3 livraisons par an par contrat ;
- la possibilité d'ajouter un produit de parapharmacie à sa commande qui sera à régler par l'adhérent.

Un service de confiance :

- importer votre ordonnance, votre carte vitale et carte de tiers payant ;
- saisir votre adresse de livraison ;
- suivre en direct votre livraison depuis l'application ;
- en cas de reste à charge, vous pourrez payer directement en ligne par carte bancaire;
- pour accéder à ce service, connectez-vous à votre espace personnel sur matmut.fr, rubrique « Ma mutuelle santé > Mes partenaires santé ».

Livmed's - Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 67 114 €, inscrite au RCS de Nice sous nº 881 600 456. Siège social : 1, avenue de Suède 06000 Nice.

Textes réglementaires

Texte I - Statuts de la Mutuelle Ociane Matmut ..... Page 31

Texte II - Statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants ..... Page 43

Statuts de la Mutuelle Ociane Matmut

Titre I

Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre I - Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle appelée « Mutuelle Ociane Matmut » est établie 35, rue Claude-Bonnier 33000 Bordeaux. Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Elle est inscrite au Répertoire des entreprises Sirene sous le n° 434 243 085.

Article 2 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet de mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide dans l'intérêt de ses membres et de leur famille, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Dans ce cadre, elle se propose :

- de fournir à ses membres, dans le cadre d'opérations individuelles et collectives, des prestations d'assurance relevant des branches 1-Accidents, 2-Maladie, 20-Vie-décès, 21-Nuptialité-natalité ;
- de conclure des contrats de co-assurance avec des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises régies par le Code des assurances pour les opérations collectives obligatoires ou facultatives couvrant les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, invalidité et décès ;
- d'accepter en réassurance les engagements susvisés relevant des branches 1, 2, 20 et 21 susvisées, et céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, tout ou partie des risques qu'elle couvre ;
- de se substituer aux mutuelles ou unions qui le demandent, pour des opérations relevant des branches susvisées 1, 2, 20 et 21 ;
- de souscrire au profit de ses adhérents des contrats d'assurance collectifs dans les domaines visés à l'article L. 111-I-1° du Code de la mutualité, en vue de leur offrir des prestations d'assurance qu'elle ne propose pas elle-même ;
- de gérer des activités sociales à titre accessoire, dans les conditions prévues par l'article L. 111-1-III du Code de la mutualité, en particulier, un fonds de secours ;
- de permettre à ses membres l'accès aux réalisations sanitaires et sociales et aux prestations d'action sociale d'autres mutuelles ou unions par voie de convention, ou des unions auxquelles elle adhère à cet effet ;
- de participer à la gestion d'un régime obligatoire d'Assurance maladie et maternité, en application de l'article L. 611-20 du Code de la Sécurité sociale ;
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées.

La mutuelle peut, à titre accessoire, présenter des garanties dont le risque est porté par des organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.

La mutuelle peut créer une Union de groupe mutualiste (UGM) ou une Union mutualiste de groupe (UMG). Elle peut également adhérer à ce type d'unions.

Enfin, elle peut s'affilier à une Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM).

Article 2-1- Le mécanisme de substitution

Conformément à l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, la Mutuelle Ociane peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la mutuelle substituante.

La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la mutuelle substituante unique.

La mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

À ce titre, la mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou l'union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable du conseil d'administration ou de l'assemblée générale de la mutuelle substituante pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L. 211-10 du Code de la mutualité, pour la politique salariale

et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la mutuelle substituante.

Article 3 - Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Des règlements mutualistes, définissant le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations, sont établis par le conseil d'administration et approuvés par l'assemblée générale. Ils déterminent les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

Chapitre II - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section I - Adhésion

Article 5 - Catégories de membres

La mutuelle se compose des membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui ont adhéré à la mutuelle, bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Dans les présents statuts et les documents utilisés par la mutuelle, le « membre participant » peut également être désigné sous le terme « d'adhérent ».

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui payent une cotisation ou font des dons sans bénéficier des prestations de la mutuelle, ou encore les personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif auprès de la mutuelle et qui en font la demande. Leur adhésion est admise par le conseil d'administration.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- le conjoint, le concubin ou le partenaire lié au membre participant par un Pacs ;
- les enfants célibataires jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle a lieu leur 28e anniversaire et toute personne inscrite comme bénéficiaire du régime obligatoire d'Assurance maladie du membre participant, de son conjoint ou du partenaire lié au membre participant par un Pacs. La limite d'âge prévue pour les enfants célibataires ne s'applique pas aux enfants bénéficiant des allocations pour personnes handicapées ;
- toute personne à la charge des membres participants selon la définition qu'en donnent le règlement mutualiste applicable à la garantie souscrite ou les conditions particulières du contrat collectif.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Article 6 - Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 5 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Article 7 - Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I. Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

II. Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la mutuelle et ce en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Article 8 - Adhésion : date d'effet et reconduction

L'adhésion est annuelle. Pour les adhésions individuelles, la première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

Pour les adhésions collectives, la date d'échéance annuelle et les modalités de reconduction sont définies par le contrat.

Section II - Démission, radiation, exclusion

Article 9 - Démission

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.

Pour les règlements ou contrats relevant des branches ou des catégories de contrats définies par l'article R. 221-5 du Code de la mutualité, le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice. Le droit de dénonciation prévu à l'alinéa précédent n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2° du III de l'article L.221- 2 du Code de la mutualité.

Pour les membres participants adhérant à la mutuelle à titre individuel, elle peut également être donnée dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

La démission entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.

Article 10 - Radiation

Sont radiés les membres participants qui n'ont pas payé leurs cotisations ou fractions de cotisations à leur date d'échéance et après l'envoi d'une mise en demeure, dans les conditions et délais définis par les articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-17 et L. 223-19 du Code de la mutualité et précisés par le règlement mutualiste.

En ce qui concerne les membres participants adhérant à la mutuelle à titre individuel, ils peuvent également être radiés par la mutuelle dans un délai de trois mois suivant la réalisation de l'un des événements définis par l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

La radiation entraîne de plein droit la perte de la qualité de membre participant et d'ayant droit de la mutuelle.

Les membres honoraires peuvent être radiés dès lors qu'ils n'ont pas acquitté leur cotisation dans un délai de trois mois suivant l'échéance.

La radiation est, dans tous les cas, prononcée par le conseil d'administration ou toute autre personne ayant reçu délégation de celui-ci. Il peut toutefois être sursis par le conseil à l'application de cette mesure pour les membres qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Article 11 - Exclusion

Peuvent être exclus de la mutuelle :

- les membres participants ou leurs ayants droit qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la mutuelle, selon les modalités prévues par les articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la mutualité ;
- les membres participants ou leurs ayants droit qui se sont rendus coupables de fraude ou de tentative de fraude, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations indues ;
- les membres participants ou honoraires qui portent atteinte aux intérêts de la mutuelle ou à ceux du Groupe Matmut auquel elle appartient ;
- les membres participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de violence ou d'incivilités envers d'autres membres de la mutuelle, ses représentants ou les membres du personnel. Ce motif d'exclusion est étendu aux faits commis dans les agences du Groupe Matmut.

Le membre, pour ces motifs, peut voir son exclusion de la mutuelle prononcée par la direction générale.

En cas de contestation de cette décision, le membre dispose d'un délai de deux semaines pour faire valoir ses arguments.

Article 12 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions des articles L. 221-17 et L. 221-10-1 du Code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Titre II

Administration de la mutuelle

Chapitre I - Assemblée générale

Section I - Composition, élection

Article 13 - Composition de l'assemblée générale

Tous les membres participants et honoraires sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote à jour de leurs cotisations.

Article 14 - Élection des délégués

Les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations élisent, sur la base des effectifs connus au 31 décembre de l'année précédente, un délégué par tranche de 3500 membres participants au moins ou fraction d'au moins 2000. Les délégués suppléants étant élus de la même façon.

Toutefois, quand il existe des sections de vote spécifiques pour les adhérents des groupes d'entreprise, un même groupe d'entreprise ne pourra disposer de plus de deux délégués issus de la même section de vote.

Les délégués sont élus pour 6 ans, et sont renouvelés par tiers tous les deux ans, parmi les membres participants de la mutuelle, âgés de 18 ans accomplis, à jour de leurs cotisations. Ils ne peuvent être salariés de la mutuelle.

S'ils perdent leur qualité de membres, ils perdent par là même celle de délégué.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance soit sous pli fermé, soit par voie électronique ou par tout autre moyen garantissant la sécurité et le secret des votes au scrutin de liste majoritaire à un tour et sans panachage.

Chaque liste doit comporter un nombre de candidats titulaires équivalent à celui des délégués à élire. Elle doit également comporter un nombre de candidats suppléants au moins égal à la moitié de celui des délégués titulaires.

Les candidats doivent obligatoirement appartenir à la section de vote dont ils sollicitent les suffrages. Pour être recevables, les listes doivent être complètes et avoir été déposées au siège de la mutuelle au plus tard le 31 janvier précédant la date des élections.

Compte tenu du nombre important de membres participants et honoraires et de leur dispersion géographique et afin de permettre à chacun d'entre eux de participer à la vie de la mutuelle, celle-ci est organisée en sections qui ont pour objet d'assurer un lien permanent entre les membres, les délégués élus et les salariés de la mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en sections de vote.

Lorsqu'une même personne morale, membre honoraire, a conclu un ou plusieurs contrat(s) collectif(s) et que les membres participants visés par ces différents contrats sont répartis sur des zones géographiques correspondant à des sections de vote différentes, elle est rattachée à la section de vote du lieu de son siège social.

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Article 15 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, ou pour toute autre cause, d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant figurant sur la même liste et dans l'ordre de cette liste.

Article 15-1 - Procuration

Chaque délégué présent ou représenté dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, tout délégué peut s'y faire représenter par un autre délégué.

La procuration est signée par le mandant qui indique ses nom, prénoms et domicile.

Le mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées successives convoquées avec le même ordre du jour.

Un même délégué ne peut disposer de plus de trois mandats.

Section II - Réunions de l'assemblée générale

Article 16 - Convocation annuelle obligatoire

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut de réunion de l'assemblée générale annuelle, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 17 - Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée, à tout moment, par les personnes et dans les conditions prévues par l'article L. 114-8 du Code de la mutualité, en particulier :

- par la majorité des administrateurs composant le conseil ;
- par les commissaires aux Comptes ;
- par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- par un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- par les liquidateurs ;
- à défaut, selon les modalités définies au dernier alinéa de l'article 16 ci-dessus.

Article 18 - Modalités de convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion. La convocation est faite par lettre ordinaire adressée à chaque délégué ou selon toute autre modalité prévue par la législation en vigueur.

Lorsqu'une assemblée n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée dans les délais mentionnés au Code de la mutualité dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

La convocation de cette seconde assemblée reproduit l'ordre du jour de la première convocation.

Article 19 - Ordre du jour

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le président du conseil d'administration et, plus généralement, par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois, tout projet de résolution dont l'inscription à l'ordre du jour est demandé par le quart au moins des membres de l'assemblée générale, est obligatoirement soumis à l'assemblée générale.

Cette demande doit être adressée au moins 5 jours avant la date de l'assemblée générale par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Article 20 - Modalités de vote de l'assemblée générale

I. Sous réserve des stipulations du II ci-après, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

II. Lorsqu'elle se prononce :

- sur la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- les règles générales en matière d'opérations collectives ;
- la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle ;
- la création d'une mutuelle ou d'une union ;
- l'affiliation à une SGAM ou le retrait de celle-ci ;
- l'adhésion à une UMG ou le retrait de celle-ci.

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée qui délibère valablement si le nombre de ses membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, représente au moins le quart du total des membres.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Article 21 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 20-II ci-dessus.

L'assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du conseil d'administration. Ils disposent des pouvoirs les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif, sous réserve des pouvoirs dévolus par les statuts et par la loi à l'assemblée générale.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs du conseil d'administration.

L'assemblée générale approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

Le produit net de la liquidation est dévolu, par délibération de l'assemblée générale, à une ou plusieurs autres mutuelles ou unions, au Fonds national de solidarité et d'action mutualistes, ou encore, au Fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

Section III - Attributions de l'assemblée générale

Article 22 - Compétences de l'assemblée générale

I. L'assemblée générale ne délibère valablement que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle peut cependant, à tout moment, même si ces questions ne sont pas inscrites à l'ordre du jour, révoquer et remplacer les administrateurs et prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle élit et révoque les membres du conseil d'administration.

Elle désigne le ou les commissaires aux Comptes et leurs suppléants.

II. L'assemblée générale se prononce obligatoirement sur :

1° - les modifications des statuts ;

2° - les activités exercées ;

3° - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1, 5e alinéa du Code de la mutualité ;

4° - l'adhésion à tout type d'union ou fédération régie par le Code de la mutualité, l'adhésion à une Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) régie par le Code des assurances ainsi que la conclusion d'une convention d'affiliation à celle-ci, le retrait de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la mutualité, le retrait d'une Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) régie par le Code des assurances ainsi que la résiliation de la convention d'affiliation à celle-ci, la conclusion et la résiliation d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, la création ou la participation à la création d'une autre mutuelle ou de tout type d'union ou fédération régie par le Code de la mutualité ;

5° - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;

6° - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité, ou encore de certificats mutualistes dans les conditions de l'article 221-10, 221-20 et R114-10 du Code de la mutualité ;

7° - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;

8° - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux

qui s'y rattachent ;

9° - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;

10° - le rapport spécial du commissaire aux Comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité ;

11° - le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les Livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux Comptes prévu à l'article L. 114-39 du même Code ;

12° - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;

13° - les délégations de pouvoir prévues à l'article 24 des présents statuts ;

14° - les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;

15° - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 23 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Article 24 - Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants, des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre II - Conseil d'administration

Section I - Composition, élections

Article 25 - Composition

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 24 à 30 administrateurs.

Le conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeant ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité.

Les administrateurs ne peuvent appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations. Toutefois, dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40 % de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du Code de la mutualité.

Article 26 - Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue dix jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

Article 27 - Conditions d'éligibilité - limite d'âge

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent :

• être à jour de leurs cotisations ;

• être âgés de 18 ans révolus ;

• ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;

• n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 28 - Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Afin de permettre aux délégués de l'assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L. 114-16-1 du Code de la mutualité, le conseil d'administration précise, le cas échéant, les dispositions complémentaires relatives au respect de cet article.

Article 29 - Durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 27 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission dans les conditions précisées à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la mutuelle est le plus récent ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114- 21 du Code de la mutualité ;
- en cas d'absence, sans motif valable, à trois séances consécutives.

Article 30 - Renouvellement du conseil d'administration

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Les membres sortants sont rééligibles dans les conditions fixées à l'article 27.

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 31 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause, d'un siège d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de sa ratification par l'assemblée générale ; si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à dix du fait d'une ou plusieurs vacances, le président convoque l'assemblée générale afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs et de compléter ainsi l'effectif du conseil.

Section II - Réunions du conseil d'administration

Article 32 - Réunions

Le conseil se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil.

Article 33 - Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Ils sont choisis l'un dans le collège cadres, l'autre dans le collège employés.

Ils sont élus pour trois ans par les salariés dont le contrat de travail est antérieur de trois mois à la date de l'élection.

L'élection a lieu par collège.

Sont éligibles les salariés ayant au moins un an d'ancienneté à la mutuelle (ou, lors des premiers mandats, dans une des mutuelles à la base du regroupement ayant formé la mutuelle).

Le vote est organisé par la mutuelle sur appel à candidature libre.

Chaque liste comporte un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir et est composée alternativement d'un candidat de chaque sexe.

Sur chacune des listes, l'écart entre le nombre des candidats de chaque sexe ne peut être supérieur à un.

L'élection a lieu à bulletin secret, au scrutin uninominal à un tour.

Si les candidats obtiennent le même nombre de voix, l'élection est acquise au salarié ayant le plus d'ancienneté dans la mutuelle.

À défaut de candidat, il est dressé un procès-verbal de carence.

Les salariés ainsi élus perdent le droit d'assister aux réunions du conseil d'administration dès qu'ils cessent d'appartenir au personnel salarié de la mutuelle.

Article 34 - Délibérations du conseil d'administration

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les membres du conseil ne peuvent ni se faire représenter ni voter par correspondance.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs et les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Section III - Attributions du conseil d'administration

Article 35 - Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le conseil d'administration adopte et modifie les règlements mutualistes des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité et leurs annexes, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale.

Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

À cette fin, il est éclairé par un comité d'audit dont la composition et les missions sont définies aux articles L. 823-19 du Code de commerce et L. 114-17-1 du Code de la mutualité.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration nomme, sur proposition du président du conseil d'administration, le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur.

Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel suivant la même procédure. Le conseil d'administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle.

Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration désigne, au sein de la mutuelle ou, le cas échéant, au sein du groupe au sens de l'article L. 356-1 du Code des assurances, la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration approuve les procédures définissant les conditions selon lesquelles les responsables de ces fonctions peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à le justifier. Le conseil d'administration approuve les politiques écrites mentionnées à l'article L. 211-12 du Code de la mutualité au moins une fois par an.

Article 36 - Délégations d'attribution par le conseil d'administration

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions, au directeur et aux salariés dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Article 37 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, la mutuelle peut verser aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées, des indemnités dans les limites et sous les réserves prévues aux articles L. 114-26 à L. 114-28 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Article 38 - Situation et comportements interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs ainsi qu'à leurs conjoints, descendants, ascendants et toute personne interposée, de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers, sous réserve des dispositions de l'article L. 114-37 alinéa 2 du Code de la mutualité.

De même, toute convention intervenant, d'une part, entre la mutuelle, l'organisme auquel elle a éventuellement délégué sa gestion ou une personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, d'autre part, l'un de ses administrateurs, et toute convention intervenant entre la mutuelle et une personne morale dans laquelle un administrateur est directement ou indirectement intéressé, sont soumises aux procédures spéciales définies aux articles L. 114-32 à L. 114-34 du Code de la mutualité, à moins qu'elles ne portent sur des opérations courantes et qu'elles soient conclues à des conditions normales, selon les exigences de l'article L. 114-33 du même Code.

Chapitre III - Président du conseil d'administration et bureau

Section I - Élection et missions du président

Article 39 - Élection

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Cette élection a lieu lors de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil.

Par dérogation, l'assemblée générale peut procéder directement à l'élection du président.

Le président est élu à bulletin secret. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Le président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur dont au plus deux mandats de président du conseil d'administration d'une fédération, d'une union ou d'une mutuelle.

Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles et unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité, ni ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du Livre II ni du Livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Article 40 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 41 - Missions

Le président représente la mutuelle en justice, tant pour décider d'agir pour elle que pour la défendre. Il représente également la mutuelle dans tous les actes de la vie civile.

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis, au commissaire aux Comptes, de toutes les conventions relevant de la procédure spéciale prévue à l'article L. 114-32 du Code de la mutualité.

Il communique aux commissaires aux Comptes la liste et l'objet de toutes les conventions portant sur des opérations courantes.

Il engage les recettes et les dépenses.

Le président peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier au directeur de la mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Section II - Composition, élection et missions du bureau

Article 42 - Composition et mission

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du conseil d'administration ;
- le vice-président ;
- le secrétaire ;
- le trésorier ;
- deux à quatre conseillers, choisis parmi les membres du conseil d'administration et disposant de compétences particulières propres à éclairer le bureau.

Le bureau prépare les réunions du conseil d'administration.

Article 43 - Élection

Les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration

Cette élection s'effectue dans les mêmes conditions que celle du président.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le conseil d'administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 44 - Vice président

Le vice-président seconde le président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 45 - Secrétaire

Le secrétaire s'assure que le conseil d'administration valide l'ensemble des procès-verbaux des réunions statutaires.

Il présente à l'assemblée générale les modifications statutaires proposées par le conseil d'administration.

Article 46 - Trésorier

Le trésorier présente à l'assemblée générale le rapport de gestion adopté par le conseil d'administration.

Chapitre IV - Gouvernance de la mutuelle

Article 47 - Direction effective de la mutuelle

Le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement la mutuelle.

Le conseil d'administration peut également, sur proposition de son président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent.

Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de la mutuelle, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de la mutuelle pour exercer ce rôle et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur la mutuelle, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières.

Sur proposition de son président, le conseil d'administration peut leur retirer cette fonction.

Le conseil d'administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle.

Article 48 - Dirigeant opérationnel de la mutuelle

Le conseil d'administration nomme, sur proposition de son président, en dehors des administrateurs, un dirigeant opérationnel devant posséder l'honorabilité, la compétence et l'expérience nécessaire à ses fonctions.

Sur proposition du président, le conseil d'administration peut lui retirer cette fonction.

Le directeur général est le dirigeant opérationnel de la mutuelle. Il exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la mutuelle et de la délégation de pouvoirs reçue du conseil d'administration.

Chapitre V - Organisation financière

Produits et charges

Article 49 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

1° les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;

2° les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;

3° plus généralement, tous autres produits non interdits par la loi.

Article 50 - Charges

Les charges comprennent :

1° les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires ;

2° les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle ;

3° les versements faits aux unions et fédérations ;

4° la participation aux dépenses de fonctionnement des comités départementaux de coordination ;

5° les cotisations versées au Fonds de garantie, ;

6° les cotisations versées au système de garantie prévu à l'article L. 111-5 du Code de la mutualité ;

7° plus généralement, toutes autres charges non interdites par la loi.

Article 51 - Vérifications préalables

Les charges de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 41 et 47 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Article 52 - Apports et transferts financiers

En cas de création de mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du Code de la mutualité, la mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Article 53 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé au minimum légal.

Article 54 - Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie créé à l'initiative de la Fédération nationale de la mutualité française.

Article 55 - Commissaires aux Comptes

L'assemblée générale nomme pour six ans un ou plusieurs commissaire(s) aux Comptes titulaire(s) et un ou plusieurs commissaire(s) aux Comptes suppléant(s) choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.

Le mandat des commissaires aux Comptes prend fin après la réunion de l'assemblée générale qui statue sur les comptes du 6e exercice suivant leur désignation.

Article 56 - Exercice social

L'exercice social commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Titre III

Dispositions diverses

Article 57 - Information des adhérents

Chaque adhérent dispose des statuts et du règlement mutualiste dans son espace adhérent sur le site internet de la mutuelle et peut en recevoir gratuitement un exemplaire sur simple demande. Les modifications apportées à ces documents par l'assemblée générale sont portées à sa connaissance par courrier en version imprimée ou électronique, sur le site internet ou encore dans le journal de la mutuelle en version imprimée ou électronique, auquel tout membre participant est abonné.

Chaque adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ;
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 58 - Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09.

Article 59 - Fonds d'entraide mutualiste

La mutuelle peut allouer aux adhérents victimes de circonstances particulières telles que maladie, accident, blessures ou décès, des prestations exceptionnelles autres que celles figurant aux règlements mutualistes. De même, la mutuelle peut prendre en charge tout ou partie des cotisations dues par les adhérents en difficulté.

Les secours ainsi attribués sont prélevés sur les fonds disponibles dans une limite fixée chaque année par l'assemblée générale.

Ils sont attribués sur décision d'une commission d'entraide mutualiste désignée par le conseil d'administration à cet effet.

Article 60 - Protection des données personnelles

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants droit et membres honoraires constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »), ainsi que par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La mutuelle s'engage, dans le cadre des différents traitements qu'elle est amenée à mettre en oeuvre au titre de la réalisation de son objet et des activités définies à l'article 2 des présents statuts, à respecter toutes les obligations posées par ces différentes réglementations, et notamment à ne pas utiliser les données à caractère personnel des membres et ayants droit à d'autres fins que celles résultant de l'application des statuts et du règlement mutualiste.

La mutuelle s'engage également, en tant que responsable de traitement, à traiter loyalement les données des membres et ayants droit et à leur permettre, au travers des différents documents d'information ou supports de collecte de données, de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant, de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données et d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.

Article 61 - Échange de données informatisées

Le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 62 - Réclamations - médiation

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle par tout moyen de son choix : courrier, téléphone, site internet, visite en agence.

Si, au terme du traitement d'une réclamation, la réponse apportée par la mutuelle ne le satisfait pas, et en l'absence de saisine des tribunaux, le membre participant peut saisir le médiateur de l'assurance en lui écrivant à l'adresse suivante :

La médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris CEDEX 09

ou en accédant à son site internet : mediation-assurance.org.

Article 63 - Adhésion à une Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM)

La Mutuelle Ociane Matmut reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAM Matmut.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite SGAM sur les décisions de ses affiliées, susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion aux statuts et son affiliation à la SGAM, la Mutuelle Ociane Matmut s'engage à recueillir l'autorisation préalable de la SGAM, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- opération d'acquisition ou cession d'actifs immobiliers ;
- opération de fusion, scission, d'investissement ou de désinvestissement, de transfert de portefeuille, d'acceptation de réassurance ou de substitution ;
- sûreté, caution, aval ou garantie ;
- engagement hors bilan ne relevant pas de la politique de gestion des risques courante et/ou ne figurant pas dans la politique d'investissement définie par le groupe ;
- proposition d'emprunt, de modification des termes d'un tel emprunt et proposition d'émission de titres ;
- accord de coopération industrielle ou commerciale de nature stratégique ;
- décision de création ou dissolution de filiales ;
- élargissement des agréments ;
- externalisation hors groupe des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du Code des assurances ;
- toute autre décision ou événement que ceux mentionnés ci-dessus dont le montant dépasse 5 % des fonds propres comptables ;
- nomination de dirigeants effectifs en cas de mise en œuvre de la solidarité financière.

De même, la Mutuelle Ociane Matmut reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la SGAM tels que définis par la convention d'affiliation.

La Mutuelle Ociane Matmut s'engage plus généralement à respecter toutes obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la SGAM.

Statuts approuvés par l'assemblée générale du 19 octobre 2002. Modifications approuvées par l'assemblée générale du 12 juin 2004, l'assemblée générale du 17 juin 2006, l'assemblée générale du 16 mai 2009, l'assemblée générale du 28 mai 2010, l'assemblée générale du 10 juin 2011, l'assemblée générale du 25 mai 2012, l'assemblée générale du 19 avril 2013, l'assemblée générale du 6 juin 2014, l'assemblée générale du 12 juin 2015, l'assemblée générale du 17 juin 2016, l'assemblée générale du 2 novembre 2016, l'assemblée générale du 16 juin 2017 et l'assemblée générale du 8 juin 2018, l'assemblée générale du 5 juin 2019, l'assemblée générale du 22 octobre 2019 et l'assemblée générale du 19 juin 2020, du 14 juin 2023 et du 12 juin 2024.

Statuts de l'association Ociane Professionnels Indépendants

Titre I

Formation, objet et composition de l'association

Chapitre I - Formation et objet de l'association

Article 1 - Dénomination de l'association

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts une association dénommée Ociane Professionnels Indépendants, association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901.

Article 2 - Siège social

Le siège social est fixé à Bordeaux : 35, rue Claude-Bonnier 33054 Bordeaux CEDEX.

Article 3 - Objet de l'association

Cette association a pour objet de favoriser l'accès des membres des professions indépendantes et de leur conjoint aux garanties de prévoyance collective telles qu'elles apparaissent notamment dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite loi Madelin.

Chapitre II - Conditions d'admission et de radiation

Article 4 - Admission

Sont membres de l'association tous les travailleurs indépendants adhérant à un contrat santé ou de prévoyance conçus ou distribués par Ociane ou toutes filiales de Matmut ou entreprises affiliées à la Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) Matmut.

Article 5 - Démission - radiation

La qualité de membre se perd par :

- la démission ;
- le décès ;
- la perte de qualité de membre d'une profession indépendante ;
- la radiation du contrat groupe de prévoyance prévue à l'article 27 ci-après ;
- le non-paiement de la cotisation ;
- la radiation prononcée par le conseil d'administration pour motif grave. Le membre intéressé doit être préalablement informé du projet de radiation par lettre recommandée avec accusé de réception lui indiquant les griefs retenus contre lui, au moins quinze jours avant la réunion du conseil d'administration appelé à statuer sur la radiation. L'intéressé pourra faire valoir ses observations oralement ou par écrit, il pourra se faire représenter par un autre membre.

La décision d'exclusion doit être notifiée par courrier recommandé avec accusé de réception sous un délai d'un mois.

Tout membre radié des listes perd le bénéfice des avantages réservés aux membres de l'association.

Titre II

Fonctionnement de l'association

CHAPITRE I - Assemblée générale

Article 6 - Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée de l'ensemble des membres de l'association qui disposent chacun d'une voix.

Article 7 - Procurations

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, tout membre peut s'y faire représenter par un autre membre ou par son conjoint. La procuration est signée par le mandant qui indique ses noms, prénoms et domicile.

Le mandat n'est valable que pour une seule assemblée : il peut cependant être donné pour l'assemblée générale ordinaire et l'assemblée générale extraordinaire tenues le même jour, ou dans un délai d'un mois.

Le mandataire peut remettre les pouvoirs qu'il a reçus à d'autres mandataires.

Un même membre ne peut détenir à lui seul plus de deux mandats.

Article 8 - Vote par correspondance

Les membres de l'association peuvent être invités à voter par correspondance sur les projets de résolution présentés à l'assemblée générale. Les modalités de vote par correspondance sont alors décrites dans la convocation à l'assemblée générale.

Article 9 - Convocation annuelle obligatoire

Le président du conseil d'administration convoque l'assemblée générale, sur décision du conseil.

Il la réunit au moins une fois par an.

L'assemblée générale doit être convoquée trente jours au moins avant la date de sa réunion. La convocation est adressée soit par courrier ordinaire, par courrier électronique ou par voie de presse.

La convocation mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution.

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par le président du conseil d'administration et, plus généralement, par l'auteur de la convocation.

Article 10 - Modalités de vote de l'assemblée générale

Elle ne peut délibérer valablement que si 1000 membres ou un trentième au moins des membres est présent, représenté ou a fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Si lors de la première convocation, ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée est convoquée selon les modalités énoncées à l'article 9. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de délégués présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Le vote par correspondance sera admis sur demande expresse de l'adhérent auprès du secrétariat de l'association.

Article 11 - Compétences de l'assemblée générale

I - L'assemblée générale ne délibère valablement que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Elle élit et révoque les membres du conseil d'administration.

L'assemblée générale a seule la qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats de groupe souscrits par l'association.

II - L'assemblée générale se prononce obligatoirement sur :

1. les modifications de statuts ;
2. les délégations de pouvoir prévues à l'article 14 des présents statuts ;
3. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 12 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale de l'association s'imposent à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de l'association.

Article 13 - Procès-verbal

Les délibérations des assemblées générales sont constatées sur des procès-verbaux signés du président. Ces procès-verbaux sont tenus à la disposition des membres de l'association et peuvent leur être envoyés sur simple demande écrite envoyée au siège de l'association.

Article 14 - Délégation de pouvoir de l'assemblée générale

L'assemblée générale peut déléguer au conseil d'administration par une ou plusieurs résolutions et pour une durée ne pouvant excéder 18 mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'assemblée générale et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en fait rapport à la plus proche assemblée.

Article 15 - Assemblée générale extraordinaire

Une assemblée générale extraordinaire peut également être convoquée, par le président du conseil d'administration sur décision du conseil ou à la demande d'au moins 10 % des membres de l'association.

L'assemblée générale extraordinaire est seule compétente pour :

- modifier les présents statuts ;
- prononcer la dissolution de l'association et statuer sur la dévolution de ses biens ;
- décider de sa fusion avec une autre association ;
- décider de tout apport à une autre personne de quelque forme que ce soit et de toute transformation de l'association en une autre forme de groupement.

Les décisions de l'assemblée générale extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des voix des membres présents, représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance.

Chapitre II - Conseil d'administration et président

Section I - Composition, élections

Article 16 - Composition

L'association est administrée par un conseil d'administration composé de trois à cinq administrateurs élus par l'assemblée générale parmi ses membres.

Article 17 - Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de l'association par lettre simple reçue dix jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

Article 18 - Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du conseil d'administration sont élus par l'ensemble des membres de l'assemblée générale au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Article 19 - Durée du mandat

Les membres du conseil d'administration sont élus pour une durée de 6 ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions et sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration :

• lorsqu'ils perdent la qualité de membres de l'association ;

• en cas d'absence, sans motif valable, à 3 séances consécutives.

Les fonctions de membres du conseil d'administration sont gratuites.

Les membres du conseil d'administration sont rééligibles.

Article 20 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou toute autre cause, d'un siège d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil d'administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de sa ratification par l'assemblée générale ; si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Section 2 - Réunions du conseil d'administration

Article 21 - Réunions

Le conseil se réunit sur convocation du président, et au moins une fois par an.

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil.

Article 22 - Délibérations du conseil d'administration

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Les membres du conseil ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Section 3 - Attributions du conseil d'administration

Article 23 - Compétences du conseil d'administration

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'association et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'association.

Chapitre III - Bureau et président

Section 1 - bureau

Article 24 - bureau

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres, et pour une durée de deux ans, un bureau composé d'un président et d'un vice-président.

Le vice-président assiste le président dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'empêchement.

Section II - Président

Article 25 - Élection

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Cette élection a lieu lors de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil.

Le président est élu à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à un tour. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus âgé.

Le président est élu pour une durée de deux ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Article 26 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président.

Article 27 - Missions

Le président représente l'association en justice, tant pour décider d'agir pour elle que pour la défendre. Il représente également l'association dans tous les actes de la vie civile.

Le président assure la direction de l'association, il a tous pouvoirs pour décider d'engager l'association et de signer les contrats de prévoyance au profit de ses membres.

Le président organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale. Il veille au bon fonctionnement des organes de l'association et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il engage les recettes et les dépenses.

Chapitre IV - Organisation financière

Article 28 - Ressources de l'association

Les ressources de l'association se composent :

- des subventions et dons manuels éventuellement accordés par toute personne physique ou morale ;
- des produits des placements financiers ;
- de toute somme éventuellement perçue par l'association en contrepartie de prestations fournies ;
- de toute autre ressource autorisée par les textes législatifs et réglementaires.

L'exercice social commence le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre.

Chapitre V - Dispositions diverses

Article 29 - Durée

La durée de l'association est illimitée.

Article 30 - Dissolution

En cas de dissolution, l'assemblée générale extraordinaire désigne un liquidateur chargé des opérations de liquidation et définit ses pouvoirs.

Ociane Professionnels Indépendants, association régie par la loi du 1er juillet 1901. Statuts approuvés par l'assemblée générale du 11 septembre 2012. Modifications approuvées par l'assemblée générale du 13 février 2017 et l'assemblée générale du 6 avril 2023. Siège social : 35, rue Claude-Bonnier 33054 Bordeaux CEDEX.

Le présent contrat est régi par le Code de la mutualité et par les dispositions statutaires fixant les rapports entre la Mutuelle Ociane et ses adhérents. Il est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris CEDEX 09. Vos données personnelles sont traitées par Mutuelle Ociane Matmut et les autres destinataires intervenant pour les finalités : passation, gestion et exécution des contrats, relation commerciale, lutte contre la fraude, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de retrait de votre consentement le cas échéant, de portabilité et de définition du sort de vos données personnelles après votre décès, en vous adressant au délégué à la protection des données du Groupe Matmut, 66, rue de Sotteville 76100 Rouen ou par courrier électronique à dpd@matmut.fr. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Pour en savoir plus sur l'usage de vos données et vos droits, consultez la rubrique Protection des données personnelles du site internet de la Matmut, du règlement mutualiste ou des conditions générales/notices d'information de nos contrats.

SAN.NOTICE.PRO - 01/26

MUTUELLE OCIANE matmut

MUTUELLE OCIANE
matmut

Mutuelle Ociane Matmut
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la mutualité immatriculée
sous le numéro 434 243 085

Siège social : 35, rue Claude-Bonnier
33054 Bordeaux CEDEX

Matmut - Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables
Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée
au RCS de Rouen n° 775 701 477

Siège social : 66, rue de Sotteville 76100 Rouen

Adresse postale : 76030 Rouen CEDEX 1

02 35 03 68 68

Crédit photo couverture : © DragonImages - Fotolia