« Reflexio Hospi »

Garantie en cas d'hospitalisation

Fiche d'information

La présente fiche est soumise aux statuts et règlement mutualiste de FRANCE MUTUELLE

Les hospitalisations en cours ne sont pas prises en charge lors de la souscription de la garantie Reflexio Hospi.
Il convient de respecter les délais d'attente indiqués dans la présente fiche d'information.

RH – FI – V2023

Sommaire

PREAMBULE 3
1. OBJET DE LA GARANTIE REFLEXIO HOSPI 3
2. ADHESION A LA GARANTIE REFLEXIO HOSPI 3
2.1 Conditions d'adhésion 3
2.2 Confirmation et effets de l'adhésion 3
2.3 Les délais d'attente 4
3. PRESTATIONS DE LA GARANTIE REFLEXIO HOSPI 4
3.1 Exclusions 4
3.2 Définition des prestations 4
3.3 Limites de garantie 5
3.4 Description des prestations 5
4. VIE DE LA GARANTIE REFLEXIO HOSPI 7
4.1 Cotisations 7
4.1.1 Fixation des cotisations 7
4.1.2 Paiement des cotisations 7
4.1.3 Cotisations complémentaires et taxes 7
4.1.4 Evolution des cotisations 7
4.2 Modification de la garantie 7
4.2.1 Modification par le conseil d'administration 7
4.2.2 Modification par l'adhérent et changement de situation 8
4.3 Radiation d'un ayant-droit 9
4.4 Résiliation de la garantie 10
4.4.1 Résiliation par l'adhérent 10
4.4.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations 11
4.4.3 Résiliation de plein droit en cas de décès de l'adhérent 11
5. DISPOSITIONS GENERALES 11
5.1 Droit applicable – Langue 11
ANNEXE 1 : TABLEAU DES PRESTATIONS – REFLEXIO HOSPI 12
ANNEXE 2 : DESCRIPTIF DE LA GARANTIE INDIVIDUELLE PRÉVOYANCE 14
ANNEXE 3 : ASSISTANCE ET SERVICES 21

Préambule

La présente fiche d'information a pour objet d'informer des conditions et des modalités d'entrée en vigueur de la garantie, ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Elle est établie en complément du règlement mutualiste de la mutuelle en vigueur communiqué au membre participant. Celui-ci est en conséquence tenu de se référer à l'ensemble de ces deux documents.

1. Objet de la garantie Reflexio Hospi

La garantie Reflexio Hospi assure à l'adhérent et le cas échéant, à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par celui-ci en complément de la sécurité sociale en cas d'hospitalisation faisant suite à un accident, à une maladie ou une maternité.

Ce contrat ne répond pas aux exigences des « contrats solidaires et responsables » issues des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

2. Adhésion à la garantie Reflexio Hospi

2.1 Conditions d'adhésion

Pour bénéficier des garanties Reflexio Hospi, l'adhérent (ainsi que son conjoint s'il est couvert par la garantie) doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 70 ans, lors de la souscription. Il doit obligatoirement résider en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer.

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion.

2.2 Confirmation et effets de l'adhésion

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion. En cas de paiement fractionné, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1er versement.

Sous réserve des éventuels délais d'attente de la présente fiche d'information et du respect des conditions énumérées ci-dessus, la garantie prend effet le 1er d'un mois et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion signé.

En application de l'article L221-10-2 alinéa 5 du Code de la mutualité, l'adhésion peut prendre effet en cours de mois, sous réserve de transmettre à la mutuelle le bulletin d'adhésion signé accompagné de l'ensemble des pièces obligatoires.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Les ayants droit de l'adhérent peuvent bénéficier de la garantie frais de santé.

Dès la confirmation de l'adhésion, l'adhérent ainsi que ses ayants droit se verra attribuer, une référence adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la mutuelle.

A la date de son adhésion, l'adhérent acquiert de droit la qualité de membre participant à la mutuelle.

2.3 Les délais d'attente

A l'exception des hospitalisations accidentelles et en l'absence de présentation d'un certificat de radiation daté de moins de trois (3) mois du précédent assureur hospitalisation, un **délai d'attente de 6 mois** est appliqué en cas d'hospitalisation.

Pendant cette période, les garanties ne sont pas en vigueur, ce qui veut dire que l'adhérent ne bénéficie pas de remboursement de la mutuelle**.** Le ticket modérateur et le forfait journalier ne sont pas pris en charge durant ce délai d'attente.

- **Exception : Non application des délais d'attente en cas d'hospitalisation consécutive à un accident**

L'adhérent et/ou ses ayants droit sont exemptés de délais d'attente en cas d'hospitalisation consécutive à un accident tel que défini au 6. de la présente fiche.

L'adhérent doit justifier auprès de la mutuelle du caractère accidentel de son hospitalisation en adressant au moins l'un des justificatifs suivants :

- la déclaration d'accident auprès de son assureur IARD,
- la photocopie du constat de police ou de gendarmerie,
- un certificat de l'hôpital attestant de l'origine accidentelle de l'hospitalisation,
- une copie de l'assignation du tiers impliqué dans l'accident.

3. Prestations de la garantie Reflexio Hospi

3.1 Exclusions

La mutuelle ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales. Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'adhérent ou l'ayant droit lors de la durée de la garantie excluent un remboursement *a posteriori* ou une indemnité compensatoire.

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de la mutuelle les conséquences :

- des états résultant de l'usage de stupéfiants, lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit,
- d'un état d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés,
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (notamment faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré, la participation à un crime ou un délit).

Sont également exclus les frais de restauration, de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative de l'adhérent ou de l'ayant droit sans l'accord préalable de la mutuelle (sauf en cas de force majeure).

3.2 Définition des prestations

La mutuelle assure le remboursement des frais médicaux-chirurgicaux reconnus comme tels et pris en charge par le régime obligatoire français. Elle intervient en complément du remboursement du régime obligatoire.

Les actes, produits et prestations pris en charge par le régime obligatoire sont répertoriés dans la nomenclature.

Lorsqu'ils ne sont pas exprimés en montant, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la mutuelle sont présentés dans le tableau de prestations.

Sauf mentions contraires dans le tableau de prestations, les actes non pris en charge par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun remboursement.

3.3 Limites de garantie

Seules les hospitalisations en <u>établissements conventionnés</u> sont prises en charge par la mutuelle.

- Chambre particulière : une franchise de 2 jours est applicable en cas d'hospitalisation. Toutefois, cette franchise est relative dans la mesure où si la durée d'hospitalisation vient à être supérieure à 2 jours, la chambre particulière est remboursée dès le premier jour d'hospitalisation.

- Chambre particulière en psychiatrie : le remboursement de la chambre particulière est limité à 30 jours par an. Une franchise absolue de 2 jours est également appliquée à cette garantie (prise en charge à partir du 3e jour d'hospitalisation quelle que soit la durée du séjour).

- Forfait journalier en psychiatrie : en cas d'hospitalisation en psychiatrie, le forfait journalier hospitalier est limité à 30 jours par an.

<u>Exclusion spécifique</u> : Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge par la mutuelle.

3.4 Description des prestations

Sont pris en charge les frais engagés à l'occasion :

- d'une hospitalisation ambulatoire (sauf chambre particulière),
- d'une hospitalisation à domicile,
- d'une hospitalisation médicale : court ou moyen séjour,
- d'une hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale.

En dehors des frais exposés en hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale ou obstétricale et l'hospitalisation à domicile, remboursés selon les garanties définies au bulletin d'adhésion.

Les « forfait administratif » et « forfait ambulatoire » proposés par certains établissement de santé (forfaits comprenant diverses prestations telles que la prise en charge des appels téléphoniques vers les sociétés d'ambulance ou de transports de personnes pour organiser la sortie du patient, la réalisation de démarches administratives pour le compte du patient, la mise à disposition d'un téléviseur, d'une ligne téléphonique etc) ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Maternité

<u>Accouchement par césarienne</u>

La césarienne constitue un acte de chirurgie. Les dépassements d'honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste dans le cadre d'un accouchement par césarienne sont pris en charge au titre de l'hospitalisation.

<u>Accouchement par voie basse</u>

Les dépassements d'honoraires liés à des actes obstétricaux (hors anesthésie péridurale) effectués dans le cadre d'un accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

- **Soins à l'étranger**

Soins engagés dans le périmètre de l'Union Européenne

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le périmètre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, **dans la mesure où la sécurité sociale française les prend en charge.**

Soins engagés hors Union Européenne

La mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la sécurité sociale et selon le niveau de garanties souscrit par le membre participant. Les soins réalisés en dehors de l'Union Européenne disposent de bases de remboursement spécifiques. Les remboursements sont effectués en euros.

- **Contrôle médical ou administratif**

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer des contrôles pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations. Elle peut ainsi demander la transmission de l'original de toutes pièces qu'elle juge utile (ordonnances, factures, radiographies…), le cas échéant à l'attention de son médecin ou dentiste conseil sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

La mutuelle peut également soumettre à un contrôle médical, effectué par un professionnel médical de son choix, tout adhérent demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations.

En cas de désaccord avec le résultat d'un contrôle médical, la personne devra adresser, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant le nom du médecin ou dentiste de son choix chargé de le représenter afin de mettre en place un examen médical contradictoire avec le médecin ou dentiste conseil.

Si à l'issu de cet entretien le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre le médecin ou le dentiste conseil de la mutuelle et le médecin choisi par la personne, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En tout état de cause, les prestations ne donnent pas lieu à une prise en charge par la mutuelle ou font l'objet d'une restitution des sommes indûment versées lorsque :

- **le membre participant refuse de fournir les justificatifs demandés,**
- **le membre participant refuse de se soumettre à un contrôle médical,**
- **la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,**
- **les prestations réalisées à l'étranger ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale (excepté pour les membres participants affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) conformément à l'article 3.1. du règlement mutualiste).**

4. Vie de la garantie Reflexio Hospi

4.1 Cotisations

4.1.1 Fixation des cotisations

Les cotisations sont affectées à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

La mutuelle ne peut moduler les montants des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à cette dernière, du régime obligatoire d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit, de l'âge des adhérents ou de leur situation familiale.

La mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical auprès de ses adhérents ou des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

4.1.2 Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Un paiement mensuel, trimestriel ou semestriel peut toutefois être accordé.
Les cotisations sont payables, au choix de chaque ADHERENT :

- → mensuellement d'avance, par prélèvement automatique,
- → trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance, par prélèvement automatique ou par chèque.

Par prélèvement sur compte bancaire ou par chèque ou à :

Groupe France Mutuelle
10 rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02

La première cotisation accompagnant la demande d'adhésion est directement réglée par chèque.

4.1.3 Cotisations complémentaires et taxes

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle à la mutuelle.
En plus de sa cotisation, l'adhérent s'acquitte des impôts, taxes, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la mutuelle est chargée du recouvrement

4.1.4 Evolution des cotisations

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel, ainsi que de l'évaluation du coût du risque. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision. Les modifications votées par le conseil d'administration seront portées à la connaissance de l'adhérent et dès lors s'appliqueront d'office.

Pour un même niveau de garantie, dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité, les cotisations évoluent selon l'âge de l'adhérent.

4.2 Modification de la garantie

4.2.1 Modification par le conseil d'administration

Conformément aux dispositions des articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle, chaque garantie peut être

modifiée à tout moment par le conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'assemblée générale.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'adhérent.

4.2.2 Modification par l'adhérent et changement de situation

- **Changement de situation**

L'adhérent a l'obligation, tout au long de son adhésion, de déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout changement d'adresse, de situation familiale (naissance, mariage, divorce, décès) ou de situation au regard du régime obligatoire.

- **Modifications à l'initiative de l'adhérent**

Des modifications peuvent intervenir à la demande écrite des intéressés (modification des bénéficiaires, changement de situations diverses, etc.).

Pour être régulièrement pris en compte, ces changements doivent être justifiés.

Les changements de garanties peuvent s'effectuer, **sous réserve d'être à jour de ses cotisations** :

- au 1er janvier de chaque année, en cas de changement entrainant une hausse ou une baisse du montant des cotisations.
Le changement est possible en cours d'année dans les cas exceptionnels suivants :
- Mariage ou PACS du membre participant
- PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) du membre participant (sur présentation de justificatifs de la sécurité sociale)
- Divorce ou rupture de PACS du membre participant
- Décès d'un bénéficiaire
- Naissance
- Déménagement du membre participant dans un autre département, ayant des conséquences sur le montant annuel de cotisations.
La demande doit être effectuée dans les 3 mois suivant l'événement (sur présentation d'un justificatif).

- ou au 1er du mois**, en cas de changement entrainant une baisse du montant des cotisations, sous réserve d'avoir adhéré depuis au moins douze mois consécutifs à la garantie antérieure.**

En cas de changement de garanties en cours d'année, si la demande parvient à la mutuelle avant le 15 du mois, celle-ci pourra prendre effet le 1er du mois de sa réception. Dans le cas contraire, elle prend effet le 1er jour du mois suivant le mois de la réception par la mutuelle de la demande.

Pour tout changement de garanties, l'adhérent remplit un bulletin disponible sur simple demande auprès de la mutuelle.

Les changements et modifications susvisés ne peuvent intervenir qu'au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande. Pour ce faire, il convient de contacter :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Service de la relation adhérents
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02
E-mail : adherent@francemutuelle.fr

Pièces à fournir :

- *En cas de mariage ou de PACS : une photocopie de l'acte de mariage ou de l'attestation de PACS*
- *En cas de divorce ou de séparation :* une photocopie intégrale du livret de famille ou de l'acte de naissance ou de mariage comportant une mention sur le divorce ou la séparation de corps
- *En cas de perte totale et irréversible de l'autonomie (PTIA) :* la notification par la Sécurité Sociale, soit du classement dans la 3ème catégorie d'invalides, soit de l'attribution d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle au taux minimum de 80% avec majoration pour assistance d'une tierce personne
- *En cas de décès d'un bénéficiaire :* l'acte de décès
- *En cas de naissance : l'acte de naissance de l'enfant*
- *En cas de déménagement : un justificatif de domicile.*

4.3 Radiation d'un ayant-droit

- **Radiation à l'échéance**

L'ayant-droit peut, à sa demande, mettre fin à son affiliation en fin d'année civile. Cette demande est formulée par écrit adressé à la mutuelle, au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours.

Par dérogation, la radiation de l'ayant-droit peut s'effectuer en cours d'année, sur demande conjointe de l'ayant-droit et de l'ADHERENT, en cas de survenance de l'un des évènements suivants:

→ séparation (divorce, rupture de PACS, rupture du concubinage)

→ affiliation de l'ayant-droit à une mutuelle d'entreprise obligatoire.

La preuve se fait sur présentation, dans les 3 mois suivant la date de l'évènement, de tous documents justifiant du changement de situation.

La radiation est effective le 1er jour du mois suivant la réception des justificatifs par la mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la mutuelle se réserve le droit d'acter la radiation au plus tard le 1er jour du mois n+2 de la réception.

En l'absence de justificatifs, la radiation se réalise au 31 décembre de l'année en cours.

- **Radiation à tout moment à compter de la première année de souscription**

L'ayant-droit peut mettre fin à son affiliation à tout moment de l'année, **après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**.
La souscription par l'adhérent d'un nouveau produit au sein de la mutuelle ou le changement de niveau de garanties entraine le décompte d'un nouveau délai d'un an mentionné ci-dessus.
Cette demande est formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité à la mutuelle.

En cas de radiation en cours d'année, celle-ci est effective le 1er jour du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la mutuelle se réserve le droit d'acter la radiation au plus tard le 1er jour du mois n+2 de la réception.

- **Décès d'un ayant-droit**

L'ayant-droit cesse d'être garanti à compter du premier jour suivant leur décès. L'éventuelle fraction de cotisation afférente à la période postérieure à la date de décès est portée en acompte sur le contrat du parent ou du conjoint survivant lorsqu'il est le membre participant. Elle peut également être remboursée par la mutuelle auprès du notaire en charge de la succession. A défaut, ce reliquat sera reversé aux personnes justifiant de leur qualité d'héritier (voir article 21.3 du règlement mutualiste relatif aux pièces justificatives).

4.4 Résiliation de la garantie

4.4.1 Résiliation par l'adhérent

- **Résiliation à l'échéance**

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, l'adhérent peut mettre fin à l'adhésion en fin d'année civile par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité notifiée à la mutuelle, **au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours**.

La lettre de résiliation est adressée à :

Groupe France Mutuelle
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 Paris Cedex 02
adherent@francemutuelle.fr

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose **d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis** pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste ou certifiée par un horodatage qualifié.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité, mettre un terme à son adhésion, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation, qui ne peut être rétroactive, prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

- **Résiliation à tout moment à compter de la première année de souscription**

En application de l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité, l'adhérent peut dénoncer son adhésion à un contrat frais de santé, **après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par l'adhérent.

Il n'est alors redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

La mutuelle rembourse le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion au contrat frais de santé pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour son compte les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

Par ailleurs, la souscription d'un nouveau produit au sein de la mutuelle ou le changement de niveau de garanties entraine le décompte d'un nouveau délai d'un an mentionné ci-dessus.

En vertu de cet article L 221-10-2 du Code de la mutualité, seul le membre participant, et non ses ayants droit, peut invoquer cette faculté de résiliation à tout moment.

L'adhérent pourra également mettre fin à son adhésion dans les cas prévus par le règlement mutualiste.

4.4.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les (10) dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue (30) trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.
Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

4.4.3 Résiliation de plein droit en cas de décès de l'adhérent

Cependant, si la garantie couvre d'autres personnes, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent, avec notre accord, être transférés à l'une d'entre elles. La garantie actuellement en vigueur sera résiliée et une nouvelle garantie sera souscrite en remplacement.

5. Dispositions générales

5.1 Droit applicable – Langue

La présente notice d'information est soumise au droit français, à l'exclusion de toute autre législation. Elle est régie par les dispositions du code de la mutualité. Elle est rédigée en langue française. Dans le cas où elle serait traduite en une ou plusieurs langues, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

ANNEXE 1 : PRESTATIONS 2023 GROUPE FRANCE MUTUELLE

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et par ses décrets d'application.	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle
Délai d'attente 6 mois (hors hospitalisation accidentelle et hors maternité)	RH1
SOINS COURANTS	
Frais de transport	100%
HOSPITALISATION en établissements conventionnés	
Honoraires	
Chirurgien et anesthésiste	120%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
Forfait journalier hospitalier hors établissements médico-sociaux	18 €
en service de psychiatrie - 30 jours par an	13,50 €
Frais de séjour	100%
Chambre particulière hors ambulatoire, par jour	-
en psychiatrie, par jour, 30 jours par an	-
Lit d'accompagnant	
Adulte, par jour, 15 jours par an	-
Enfant âgé de moins de 16 ans, par jour, 15 jours par an	-
Assistance (7)	Incluse
Invalidité grave accidentelle Garantie forfaitaire de 80 000 €	Incluse
En option : Kalio Hospi (voir conditions sur fiche d'information Kalio Hospi)	Au choix

PRESTATIONS 2023 GROUPE FRANCE MUTUELLE

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et par ses décrets d'application.	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle
Délai d'attente 6 mois (hors hospitalisation accidentelle et hors maternité)	**RH2**
SOINS COURANTS	
Frais de transport	**100%**
HOSPITALISATION en établissements conventionnés	
Honoraires	
Chirurgien et anesthésiste	**150%**
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	**24 €**
Forfait journalier hospitalier hors établissements médico-sociaux	**18 €**
en service de psychiatrie - 30 jours par an	**13,50 €**
Frais de séjour	**100%**
Chambre particulière hors ambulatoire, par jour	**45 €**
en psychiatrie, par jour, 30 jours par an	**45 €**
Lit d'accompagnant	
Adulte, par jour, 15 jours par an	**20 €**
Enfant âgé de moins de 16 ans, par jour, 15 jours par an	**20 €**
Assistance (7)	**Incluse**
Invalidité grave accidentelle Garantie forfaitaire de 80 000 €	**Incluse**
En option : Kalio Hospi (voir conditions sur fiche d'information Kalio Hospi)	**Au choix**

ANNEXE 2 : Descriptif de la garantie individuelle prévoyance

Forfait immédiat invalidité grave et permanente

Le présent descriptif et la fiche/notice d'information frais de santé dans laquelle il s'insère forment un tout indivisible.

SOMMAIRE

Article 1. Objet de la garantie
Article 2. Périmètre de la garantie
Article 2.1. Accidents corporels pris en compte
Article 2.2. Exclusions
Article 2.3. Etendue territoriale
Article 2.4. Invalidité permanente totale ou partielle
Article 3. Mise en œuvre de la garantie
Article 3.1. Conditions d'intervention de la garantie
Article 3.2. Expertise médicale
Article 3.3. Conciliation
Article 4 : Obligations de l'assuré
Article 4.1. Déclaration d'accident :
Article 4.2. Pièces justificatives
Article 5 : Définitions des mots clés

Article 1. Objet de la garantie

La garantie de prévoyance invalidité prévoit le règlement d'un forfait immédiat en cas d'invalidité permanente supérieure ou égale à 51 % résultant d'un accident garanti.

Article 2. Périmètre de la garantie

Article 2.1. Accidents corporels pris en compte

Peuvent être garantis, sous réserve qu'ils vérifient les conditions de territorialité définies au 2.3 et ne fassent pas partie des exclusions, les accidents tels que définis à l'article 5 ci-dessous exposés:

Les accidents corporels survenus à l'occasion d'activités courantes

La mutuelle prend en compte les accidents survenus lors d'activités domestiques, scolaires et de loisirs pendant la période d'effet des garanties.

Les accidents corporels survenus lors d'événements exceptionnels

La mutuelle prend en compte les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties et résultant d'événements tels que :

- les catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques,
- les agressions, les actes de vandalisme,
- les actes de terrorisme, les attentats, les infractions relevant des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale,
- les mouvements populaires et les rassemblements sur la voie publique.

Sont également pris en charge :

- les accidents survenus dans le cadre de baptême de plongée sous-marine ou de parachutisme
- les accidents de circulation en tant que piéton ou passager
- les accidents de circulation non-responsable en tant que conducteur

Article 2.2. Exclusions

Sont exclues des garanties les suites et conséquences :

- **des maladies (notamment les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences sauf si elles résultent directement de l'accident garanti,**
- **des accidents antérieurs à la prise d'effet des garanties,**
- **des accidents du travail, incluant les accidents de trajet,**
- **des accidents survenant dans le cadre :**
  - **de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel,**
  - **d'activités électives ou syndicales,**
- **des accidents de chasse**
- **des accidents de circulation responsables ou partiellement responsables en tant que conducteur**
- **des infections nosocomiales ou erreur médicale**
- **des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur,**
- **des accidents survenus sous l'emprise de stupéfiants, constitutive d'une infraction pénale, de médicaments de nature à modifier le comportement ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France,**
- **des actes intentionnels, suicide ou tentatives de suicide de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,**

- **des accidents résultant de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements exceptionnels,**
- **de guerre, invasion, acte de guerre, que la guerre soit ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection ou coup d'état civil ou militaire,**
- **d'explosions ou dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,**
- **des accidents et traitements médicaux résultant d'expérimentations biomédicales.**
- **Des accidents d'aviation si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,**
- **De toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent,**
- **De toute participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'engins aériens ainsi que la participation à des vols d'essai, vols sur prototype ;**
- **De la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade à plus de 20 mètres, plongée subaquatique à plus de 20 mètres de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, saut à l'élastique, rafting, kite-surf, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, ski hors-piste, hokey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, arts martiaux et tout sports de combat (à l'exception du judo), chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente.**
- **De toute suite et conséquence directe ou indirecte de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;**
- **De la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;**
- **Des accidents liés à des troubles de système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur ;**

Article 2.3. Etendue territoriale

Les garanties produisent leurs effets pour les accidents survenant en France métropolitaine (Corse inclus).

Article 2.4. Invalidité permanente totale ou partielle

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la garantie, le barème du concours médical sera utilisé. Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « Le concours médical ».

Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes (ex : pretium doloris, préjudice esthétique…).

Article 3. Mise en œuvre de la garantie

Article 3.1. Conditions d'intervention de la garantie

En cas d'accident survenu tel que défini à l'article 2 et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, **et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51 %, la mutuelle lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 euros.**
Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Le forfait de 80 000 euros est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le taux d'invalidité prévisible retenu à l'occasion d'une première expertise n'avait pas atteint un taux supérieur ou égal à 51 % et que le blessé a connu une aggravation de son état en lien avec l'accident à l'origine du sinistre et atteint ce taux de 51 % à sa consolidation, le forfait de 80 000 euros lui est alors versé.

La mutuelle cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

Article 3.2. Expertise médicale

L'état d'invalidité fonctionnelle prévisible est constaté par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par la mutuelle qui se réserve le droit de faire expertiser l'assuré à tout moment.

Au vu des pièces justificatives qui seront transmises par l'assuré (cf. article 4.2), le médecin conseil de la mutuelle diligentera une expertise dans un délai maximal de 4 mois suivant la déclaration du sinistre.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par la mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par la mutuelle sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Article 3.3. Conciliation

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, la mutuelle notifie sa décision à l'assuré.

L'assuré qui conteste la décision de la mutuelle doit lui faire parvenir dans un délai de trois mois un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Le médecin de l'assuré et le médecin-conseil de la mutuelle rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-dessous est mise en œuvre :

La mutuelle invite son médecin-conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

Article 4 : Obligations de l'assuré

Article 4.1. Déclaration d'accident :

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L.221-16 du code de la mutualité, tout accident entraînant la mise en œuvre des garanties doit être déclaré à la mutuelle dans les trente (30) jours ouvrés qui suivent la date à laquelle il s'est produit.

Passé ces délais, les assurés perdront leur droit à prestation si la déclaration tardive a causé un préjudice à la mutuelle.

Conformément à l'article 3.2, la mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

Article 4.2. Pièces justificatives

Les demandes de prestations au titre du forfait immédiat invalidité grave capital doivent être adressées à la mutuelle accompagnées des pièces suivantes :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s),
- la copie du procès-verbal relatif à l'accident,
- un certificat médical initial ayant constaté l'accident et décrivant les blessures et toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle pour la justification de l'état d'invalidité
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle.

L'ensemble des pièces requises sera communiqué, sous pli cacheté, à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion à l'attention du médecin conseil
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Article 5 : Définitions des mots clés

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accident garanti : Accident tel que défini par le présent article et qui vérifie les conditions de l'article 2.

Barème de droit commun : Le barème de droit commun du concours médical correspond au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun.

Il sert à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles et permet ainsi de traiter de façon égalitaire les victimes face à l'évaluation pécuniaire des préjudices. Il tient compte également de l'évolution des techniques médicales et des progrès thérapeutiques.

Il est élaboré et actualisé par des médecins spécialistes.

Date de consolidation
Date à laquelle les dommages corporels ont médicalement acquis un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible de déterminer les séquelles dues à l'accident.

Fait générateur : Evènement à l'origine du sinistre ouvrant droit à la mise en œuvre des garanties du présent contrat.

Invalidité : Etat qui place l'assuré à la suite d'un accident, en état d'invalidité permanente. Pour qu'il y ait invalidité permanente, l'assuré doit présenter un taux d'invalidité permanente supérieur à la franchise relative de 5%

ANNEXE 3 : ASSISTANCE ET SERVICES

La mutuelle met à la disposition de ses adhérents des services d'assistance hospitalisation (dont la téléconsultation médicale) et de protection juridique santé.

Vous trouverez, ci-après, une présentation de ces différents services.

Pour plus d'informations sur ces garanties et leurs modalités de mise en œuvre, l'adhérent est invité à se référer à l'ensemble des notices qui lui ont été remises et/ou mises à disposition sur son Espace adhérent. Celles-ci sont également disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

ASSISTANCE HOSPITALISATION

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Dès l'Adhésion.

Conciergerie psycho-sociale et aide à la constitution de dossier	**Informations téléphoniques**
Informations juridiques	**Informations téléphoniques**
Téléconsultation	**Illimitée**
Prévention des risques cardio-vasculaires	**Informations téléphoniques**

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE, SUPERIEURE OU EGALE A 24 HEURES, D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE, OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE OU EGALE A 5 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Hospitalisation, Immobilisation.

Ecoute, conseil et accompagnement	**1 entretien téléphonique maximum par Evènement**
Acheminement des médicaments	**Frais de livraison à concurrence de 100 euros TTC maximum par Evènement**
Garde malade	**15 heures maximum par Evènement pendant les 5 jours qui suivent le retour au Domicile / 1 seule intervention par année civile**
Enveloppe de services	▪ **250 euros TCC maximum en cas d'Immobilisation au Domicile supérieure ou égale à 5 jours,** ▪ **100 euros TTC maximum en cas d'Hospitalisation ambulatoire prévue ou imprévue,** ▪ **250 euros TTC maximum en cas d'Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure ou égale à 24 heures**

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-Filassistance :

Téléphone	**01 53 21 24 96** (depuis la France) **+33 01 53 21 24 96** (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	**09 77 40 17 87**

Veuillez nous indiquer votre référence adhérent.
(cette information est disponible sur votre carte de Tiers-payant)

FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances

PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Face à une agression, une erreur médicale ou encore une atteinte à votre intégrité morale, les particuliers se retrouvent très souvent seuls face à l'auteur responsable de leur préjudice. Groupe France Mutuelle a mis en place un partenariat avec Cfdp, assureur de protection juridique, indépendant, et présent à vos côtés, afin de vous apporter la protection fondamentale pour obtenir des informations juridiques et vous permettre d'exercer votre recours et obtenir l'indemnisation à laquelle vous pouvez prétendre.

CFDP, C'EST...

L'EXPERTISE

Les équipes locales de Cfdp, autonomes, avec une forte implication auprès des acteurs locaux du droit, détiennent un réel savoir-faire dans la gestion des relations avec les assurés.

L'INDÉPENDANCE

Cfdp est la seule compagnie de Protection Juridique indépendante sur le marché français. Cette indépendance permet une liberté d'action, une impartialité dans la gestion des litiges, garantie de la satisfaction des courtiers et des assurés.

LA PROXIMITÉ

Implantée localement dans 40 villes, Cfdp se caractérise par sa proximité, pour défendre au mieux les intérêts de ses assurés et gérer les litiges de façon personnalisée.

QU'EST-CE QUE LA PROTECTION JURIDIQUE ?

L'assurance de Protection Juridique vous apporte une information juridique, vous protège des litiges dans le cadre de votre vie privée et défend vos intérêts devant les tribunaux, que ce soit en défense ou en recours. Nos juristes de proximité vous apportent au quotidien de l'information, assurent le règlement de vos litiges dans un cadre amiable. Enfin si une procédure judiciaire est nécessaire, nous intervenons en règlement des frais de justice et honoraires de votre avocat.

COMMENT DÉCLARER MON LITIGE À CFDP ASSURANCES ?

Pour nous faire part de votre litige, vous pouvez vous adresser directement à votre mutuelle qui nous transmettra les éléments. Vous pouvez également prendre directement contact avec votre délégation de proximité. À réception des éléments, un juriste dédié au suivi de votre dossier élaborera avec vous la stratégie à mettre en œuvre pour favoriser un règlement rapide et efficace.

Par téléphone : 04 69 84 20 50

Par mail : gfm@cfdp.fr

Cfdp Assurances, SA au capital de 1 692 240 €, dont le siège social est sis 62 rue de Bonnel, Immeuble l'Europe, 69003 Lyon, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 958 506 156 02046