

- en l'absence de télétransmission, le bénéficiaire s'engage à adresser, systématiquement, le décompte de sa première complémentaire santé s'il y a lieu. Il s'engage également à adresser, le cas échéant, le décompte du régime obligatoire sur lequel figurent les détails des soins et actes à rembourser.
- en l'absence de tiers payant intégral, l'adhérent s'engage à adresser à la mutuelle la facture détaillée et acquittée établie par le professionnel.
- pour pouvoir être remboursée par la mutuelle, la facture fournie par l'adhérent doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Les justificatifs doivent obligatoirement indiquer le numéro d'adhérent. Il appartient au membre participant de l'ajouter.

Prestations		Pièces à fournir	
		Présence de <u>télétransmission</u>	Absence de <u>télétransmission</u>
<u>Actes remboursés par le RO*</u>	Tous les soins remboursés par le RO* excepté les types de soins énoncés ci-dessous		<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* sur lequel figurent les détails des soins et actes à rembourser
	Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes
	Equipement optique (monture et verres)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la prescription médicale • Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de la prescription médicale • Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et verres) – si évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue • Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue • Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et verres) – cas d'évolution de la réfraction	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle

<u>Actes remboursés par le RO* (suite)</u>	liée à des situations particulières (telles que listées au dernier alinéa de l'article 18.3 du présent règlement)	mentionnant ces cas particuliers. <ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée 	ordonnance mentionnant ces cas particuliers. <ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée
	Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée précisant notamment les codes CCAM exécutés et le n° des dents. 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Facture détaillée et acquittée précisant notamment les codes CCAM et le n° des dents.
	Orthodontie acceptée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée précisant notamment le type de traitement et sa périodicité 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Facture détaillée et acquittée précisant notamment le type de traitement et sa périodicité
<u>Actes non remboursés par le RO*</u>	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, la marque des lentilles et le nombre de boîtes délivrées. Copie de la prescription médicale 	
	Orthodontie refusée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée précisant notamment le type de traitement et sa périodicité** 	
	Analyses médicales	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire. Copie de l'ordonnance 	
	Médecines alternatives***	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée établie, pour chaque séance, présentant le nom et prénom du bénéficiaire, la qualité et les diplômes du professionnel. 	
	Autres actes	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical. 	
<u>Allocations</u>	Allocation maternité	<ul style="list-style-type: none"> Acte de naissance de l'enfant 	
<u>Frais non remboursés par le RO*</u>	Participation aux frais d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> Acte de décès Facture nommément acquittée des frais d'obsèques Copie d'une pièce d'identité en cours de validité et RIB du ou des personnes ayant acquitté les frais d'obsèques Justificatifs supplémentaires en cas de prélèvement sur le compte du défunt : Coordonnées du notaire en charge de la succession (le cas échéant) En l'absence de notaire : attestation de porte-fort, copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant 	

		le lien de parenté, certificat d'hérédité ou copie d'une pièce d'identité en cours de validité et RIB de la personne qui se porte fort (le cas échéant)
<u>Restitution du prorata des cotisations en cas de décès du membre participant</u>		<ul style="list-style-type: none"> • Acte de décès • Coordonnées du notaire en charge de la succession En l'absence de notaire : <ul style="list-style-type: none"> • Certificat d'hérédité ou copie de la pièce d'identité • Copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant le lien de parenté • Attestation de porte fort en cas d'héritiers multiples.

***Régime obligatoire**

****A transmettre sur demande de la mutuelle**

***** les médecines alternatives prises en charge par la mutuelle sont : l'ostéopathie, la chiropraxie, l'ergothérapie, la psychologie, l'étiopathie, la diététique, la pédicurie-podologie et la psychomotricité.**

Les pièces justificatives seront adressées à :

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

21.4 Prise en charge hospitalière

La mutuelle a établi un partenariat avec la société ALMERYS en matière de prise en charge hospitalière.

Ainsi, pour une demande de prise en charge hospitalière en établissement conventionné (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : l'établissement doit adresser à ALMERYS sa demande de prise en charge afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120€, forfait patient urgences et forfait journalier hospitalier.

Pour toutes hospitalisations, vous devez vous munir de votre carte vitale ainsi que de votre carte mutuelle.

Afin, que votre prise en charge soit traitée dans les meilleurs délais, le professionnel de santé doit transmettre à ALMERYS les informations suivantes :

- Les nom, prénom, numéro d'adhérent de la personne concernée,
- La date d'entrée de votre hospitalisation,
- La nature de votre hospitalisation,
- La chambre particulière si vous le souhaitez et selon votre garantie,
- Le nom et le numéro FINESS de l'établissement, le numéro de fax et le code DMT (obligatoire)

ALMERYS adressera directement à l'établissement hospitalier un accord de prise en charge qui garantit le paiement des frais de séjour à concurrence des garanties souscrites.

Cette demande doit être adressée **15 jours** avant la date d'entrée en hospitalisation.

Pour les dépassements d'honoraires en chirurgie ou médecine, la mutuelle ne pratique pas l'avance de frais. Dans ce cas, le membre participant ou son ayant droit soumet à la mutuelle la facture acquittée de l'établissement hospitalier sur laquelle figure le montant des honoraires.

21.5 Règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue obligatoirement par virement, auprès du membre participant ou de l'ayant-droit de plus de 16 ans ayant communiqué son RIB.

En cas de prise en charge, le paiement est réalisé directement auprès du professionnel de santé.

Seul le paiement d'une prestation donne droit à remboursement. Dans le cas d'un paiement par chèque, c'est l'encaissement du chèque qui emporte paiement (article L 131-67 du Code monétaire et financier).

L'adhérent est tenu de ne pas procéder à un paiement en espèces supérieur à 1000 euros à un professionnel de santé, conformément aux dispositions des articles L 112-6 et D 112-3 du Code monétaire et financier.

Article 22 : Règles générales de remboursement des prestations

22.1 Prestations prises en charge

L'ensemble des prestations accordées par la mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période pour laquelle la garantie a pris effet.

22.2 Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle, au plus tard dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins.

Au-delà de ce délai, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

22.3 Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (*présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...*). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne assurée dont la fraude est avérée se verra exclue de la mutuelle dans les conditions de l'article 11 des statuts.

22.4 Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties

En tout état de cause et en application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations reversées par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

En cas de régularisation ultérieure du régime obligatoire, le membre participant **s'engage expressément** à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement 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. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si le membre participant souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs concernés.

22.5 Prestations indues

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort au membre participant ou à ses ayants droit, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens, conformément à la réglementation en vigueur. Le membre participant s'oblige expressément à rembourser à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu. Cette retenue peut s'effectuer sur une période de 24 mois maximum à compter de la date de versement de la prestation indue par la mutuelle.

22.6 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, ou à un bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées au titre de ses garanties.

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

Article 23 : Attribution d'aides exceptionnelles à caractère médical

La mutuelle peut attribuer des secours ou des aides exceptionnelles à caractère médical aux membres participants ou à leurs ayants droit inscrits et dont la situation matérielle le justifie. Une commission instituée par le conseil d'administration de la mutuelle est créée à cet effet.

Article 24 : Maîtrise des dépenses de santé - Réseau de soins et devis

Au titre de sa garantie complémentaire santé, le membre participant a accès au réseau de soins retenu par la mutuelle, qui lui permet de bénéficier d'avantages tarifaires notamment chez les opticiens.

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à leur charge, et avant d'engager toutes dépenses, la mutuelle conseille aux membres participants de faire établir un devis par un, voire plusieurs, professionnel(s) de santé, notamment en matière d'équipement optique, de dentaire, d'audiologie et de dépassements d'honoraires, et de lui transmettre ce ou ces devis.

CHAPITRE 5: DISPOSITIONS GENERALES

Article 25 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels.

Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité (article L561-5 du Code monétaire et financier), de leur situation professionnelle (article L561-10 du Code monétaire et financier) économique ou financière; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance (article L561-10-2 du Code monétaire et financier), ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci (article L561-8 du Code monétaire et financier).

Par ailleurs, si les informations communiquées paraissent fausses ou irrégulières, la mutuelle se réserve la possibilité d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN (article L561-15 du Code monétaire et financier).

Article 26 : Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, la mutuelle est amenée à recueillir auprès du membre participant des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et le règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données » dit « RGPD »).

Ces données sont destinées à Groupe France Mutuelle ainsi qu'à ses partenaires contractuels (organisme de tiers payant, réseau de soins, façonnier éditique, sous-traitant mailing).

A ce titre, les données personnelles du prospect ou du membre participant le concernant peuvent être transmises:

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec la mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites plus bas,
- Aux partenaires de la mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par le membre participant aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis du membre participant ou de la mutuelle,
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires,
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

Le traitement des données du prospect ou du membre participant est fondé sur au moins l'une des bases juridiques suivantes :

- le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel le membre participant est partie,
- le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale auquel le responsable de traitement est soumis,
- le traitement répond à l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement (notamment la lutte contre la fraude et la prospection commerciale).

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement sera demandé au prospect ou au membre participant.

Plus précisément, le traitement des données du prospect ou du membre participant peut avoir pour finalité(s) :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la réalisation de devis,
- la gestion des clients et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service au client,
- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement sera demandé.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement du contrat et à l'envoi des documents contractuels ou informatifs.

Les données personnelles 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 : effacement des données prospects 3 ans après leur collecte ou le dernier contact émanant du prospect, en cas de souscription effacement des données 5 ans après la fin de la relation contractuelle entre la mutuelle et le membre participant.

Il est précisé que toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté et au règlement européen sur la protection des données, le membre participant dispose, sans frais, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit à la limitation du traitement et du droit d'opposition au traitement. Celui-ci a également le droit de définir des directives sur le sort de ses données après son décès, en s'adressant à :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés
Direction juridique
10 rue du 4 septembre
CS 11601
75089 Paris Cedex 02
ou par mail à : GFM_CIL@francemutuelle.fr

L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldine. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

En cas d'insatisfaction, le membre participant a la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), à l'adresse suivante : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. .

Article 27 : Prescription

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci ;

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article 28: Traitement des réclamations et saisine du médiateur

Le membre participant peut s'adresser à la mutuelle pour faire part d'un désaccord ou d'une insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts ou du présent règlement mutualiste.

Dans un premier temps, le membre participant s'adressera par écrit à l'adresse indiquée en dernière page du présent règlement.

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, l'adhérent pourra saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. L'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués avec la requête sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard

75719 PARIS cedex 15

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est disponible sur le site Internet www.francemutuelle.fr ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

Article 29 : For juridique

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont seuls compétents.

Article 30 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

CHAPITRE 6 : DEFINITIONS

100% Santé

La réforme « 100% santé » (ou « Reste à charge nul ») inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, instaure progressivement plusieurs paniers de soins pour chacune des garanties optique, audiologie et dentaire, dont l'un assure un reste à charge nul pour les personnes bénéficiaires.

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.

Actes courants

Ensemble des actes dispensés par des professionnels de santé et remboursés par le régime obligatoire, en dehors des frais d'optique, de prothèses dentaires, de grand appareillage, d'orthodontie acceptée et d'hospitalisation.

Adhérent

Voir définition « membre participant ».

Aides auditives

Les aides auditives (ou audioprothèses) sont des dispositifs médicaux à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension.

Ayant droit

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par le membre participant selon les critères définis par l'article 3.2 du présent règlement.

Assuré

Personne physique dont le régime d'assurance maladie obligatoire ressort du droit français, sur la tête de laquelle repose le risque et dont le nom figure dans les conditions particulières de la garantie (certificat d'adhésion).

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)

Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la sécurité sociale et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Les tarifs de convention et de responsabilité applicables sont déterminés dans la nomenclature.

Pour certaines garanties, on parle de base de remboursement de la sécurité sociale reconstituée (BRR) : lorsque l'acte est effectué dans un secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

Bénéficiaire

Personne bénéficiant des prestations de la mutuelle.

Délai d'attente (ou délai de carence)

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas (dans la limite des prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable – ticket modérateur, participation forfaitaire de 24 euros pour les actes techniques supérieur à 120 euros – forfaits journaliers hospitaliers) bien que le membre participant cotise. Les éventuels délais d'attente sont mentionnés et détaillés dans la fiche d'information.

Discipline médico-tarifaire (DMT) :

Discipline médicale dans laquelle va séjourner ou séjourne le patient et qui détermine le tarif appliqué par le régime obligatoire.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins. En adhérant au dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. En contrepartie :

- son activité est revalorisée par la sécurité sociale (mise en place d'une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite, revalorisation des tarifs opposables de certains actes techniques – actes chirurgicaux, actes de gynécologie-obstétrique)
- ses patients bénéficient d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au dispositif.

Ce terme générique regroupe :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée – CO (dite OPTAM- CO) applicable aux chirurgiens et obstétriciens,
- l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) applicable à l'ensemble des spécialités.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Forfait facturé par les établissements de santé, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie sauf en cas de transfert d'établissement.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire facturée en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation.

Frais d'obsèques

Les frais d'obsèques correspondent aux frais occasionnés par le décès du membre participant et/ou de ses ayants droit de 12 ans et plus et facturés par une entreprise des Pompes Funèbres ainsi que les fleurs et plaques funéraires (sur présentation de la facture nominative acquittée).

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par la sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Honoraires paramédicaux

Il s'agit des honoraires réalisés par les professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues – dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par le régime obligatoire et la mutuelle.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Matériel médical :

Celui-ci comprend les dispositifs médicaux, au sens de l'article L 5211-1 du Code de la santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L 165-1 du Code de la santé publique (hors aides auditives et dispositifs d'optique médicale).

Médecin conventionné de secteur 1 : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec la sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Médecin conventionné de secteur 2 : Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Médecin non conventionné (ou « en secteur 3 ») : Le médecin non conventionné est un médecin qui n'a pas signé la convention médicale avec la sécurité sociale. Il pratique des tarifs totalement libres, avec dépassement d'honoraires. Le remboursement s'appliquant pour ce médecin est alors basé sur un tarif d'autorité (TA), dont le montant est très inférieur à la base de remboursement des médecins conventionnés.

Membre participant

Personne physique répondant aux critères définis à l'article 3.1 du présent règlement signataire du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et droits et obligations du règlement mutualiste.

Mutuelle : désigne Groupe France Mutuelle, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits, et prestations pris en charge par la sécurité sociale et les conditions de leur remboursement (base de remboursement).

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) répertorie les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.);
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie,...);
- la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux pour l'activité bucco-dentaire (soins dentaires, parodontologie...)
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) répertorie les actes de biologie médicale
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) répertorie les biens médicaux hors médicaments (appareillage,...)
- les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) répertorient les soins hospitaliers.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès de la sécurité sociale (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Participation forfaitaire à 1 Euro

La participation forfaitaire à 1 euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Le cumul de la franchise est plafonné à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire,

et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS ou de l'aide médicale de l'Etat et les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Régime obligatoire

Régime légal de sécurité sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général -concernant la plupart des salariés et étudiants, régimes spéciaux -fonctionnaires, agents de la SNCF, d'EDF-GDF, régime agricole, régime Alsace-Moselle...). Ces régimes assurent la prise en charge des dépenses de santé des assurés.

Reste à charge

Le reste à charge est le montant que le patient doit assumer suite aux frais médicaux qu'il a reçus, après le remboursement du régime obligatoire et de la mutuelle.

Sécurité sociale

La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle fournit la couverture de base des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », « accidents du travail/ maladies professionnelles », « vieillesse » et « familles ». Pour la couverture des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », la sécurité sociale est composée de différents régimes auxquels sont obligatoirement affiliés les bénéficiaires (voir régime obligatoire).

Tarif opposable

Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, audiologie et appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Si une personne, prise en charge à 100% par le régime obligatoire, effectue des soins et traitements nécessaires à la prise en charge de la maladie hors du parcours de soins coordonnés, la partie éventuellement non remboursée par le régime obligatoire d'une personne n'est pas considérée comme ticket modérateur et n'est donc pas remboursée par la mutuelle.

Tiers Payant

Le tiers payant est un système qui permet à un adhérent, sous certaines conditions, d'être dispensé partiellement ou totalement de l'avance de ses frais de santé.

NOUS CONTACTER

Pour l'application de la Loi Informatique et Libertés :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés, Direction juridique
10, rue du 4 septembre
CS 11601, 75089 Paris Cedex 02
ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr

Pour les réclamations :

Groupe France Mutuelle
Service Relation Adhérents
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02
adherent@francemutuelle.fr

Pour faire usage de votre délai de renonciation :

Groupe France Mutuelle
Droit de renonciation
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02
commercial@francemutuelle.fr

Pour une demande de prise en charge hospitalière : (Uniquement par le professionnel de santé)

ALMERYS
Par téléphone : 0 825 826 214
Via leur site internet : www.almerys.com
N° préfectoral : 98532001

Pour toutes autres questions :

Groupe France Mutuelle
Service Relation Adhérents
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02
adherent@francemutuelle.fr

09 77 42 43 44

Vous pouvez également nous contacter ou transmettre vos justificatifs (hors demande de prise en charge hospitalière) depuis votre Espace Adhérent accessible soit via l'application mobile France Mutuelle disponible gratuitement sur Google Play Store ou sur App Store, soit à l'adresse internet suivante <https://adherents.francemutuelle.fr/>.



Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée sous le n° de SIREN 784 492 084

Siège opérationnel : 10 rue du 4 Septembre CS 11601 75089 Paris cedex 02 – Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris