

NOTICE D'INFORMATION

MUTUELLE COMMUNALE

Contrat collectif frais de santé à adhésion facultative

La présente notice d'information est soumise aux statuts de France Mutuelle

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| 1. L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTE | 4 |
| 2. L'ADHESION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE..... | 4 |
| 2.1. Conditions d'adhésion..... | 4 |
| 2.2. Documents contractuels..... | 4 |
| 2.3. Confirmation et effets de l'adhésion..... | 4 |
| 2.4. Entrée en vigueur des garanties | 4 |
| 2.5. Adhésion des ayants-droit..... | 5 |
| 2.6. Droit de renonciation : Vente à distance et démarchage à domicile | 5 |
| 2.7. Signature électronique et opposabilité des supports contractuels de la MUTUELLE..... | 5 |
| 2.7.1. <i>Choix de la signature électronique</i> | 5 |
| 2.7.2. <i>Signature par voie électronique et vérification des documents</i> | 6 |
| 2.7.3. <i>Remise à l'ADHERENT de ses documents originaux signés</i> | 6 |
| 3. LES PRESTATIONS DU CONTRAT FRAIS DE SANTE | 6 |
| 3.1. Définition et description des prestations..... | 6 |
| 3.1.1 <i>Définition des prestations</i> | 6 |
| 3.1.2 <i>Description des prestations</i> | 7 |
| 3.2. Exclusions générales..... | 13 |
| 3.3. Modalités de remboursement des prestations | 13 |
| 3.3.1. <i>Télétransmission</i> | 13 |
| 3.3.2. <i>Tiers payant</i> | 14 |
| 3.3.3. <i>Pièces justificatives à fournir pour un remboursement</i> | 15 |
| 3.3.4. <i>Prise en charge hospitalière</i> | 17 |
| 3.3.5. <i>Mode de règlement des prestations</i> | 17 |
| 3.4. Règles générales de remboursement des prestations..... | 18 |
| 3.4.1. <i>Prestations prises en charge</i> | 18 |
| 3.4.2. <i>Déclaration tardive des demandes de remboursement</i> | 18 |
| 3.4.3. <i>Fraude à l'assurance</i> | 18 |
| 3.4.4. <i>Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties</i> | 18 |
| 3.4.5. <i>Prestations indues</i> | 18 |
| 3.4.6. <i>Recours subrogatoire</i> | 19 |
| 4. LA VIE DU CONTRAT FRAIS DE SANTE | 19 |
| 4.1. Cotisations | 19 |
| 4.1.1. <i>Fixation des cotisations</i> | 19 |
| 4.1.2. <i>Paiement des cotisations</i> | 19 |
| 4.1.3. <i>Cotisations complémentaires et taxes</i> | 20 |
| 4.1.4. <i>Evolution des cotisations</i> | 20 |
| 4.1.5. <i>Conséquences du non-paiement</i> | 20 |
| 4.2. Information du changement de situation..... | 20 |
| 4.3. Modification du contrat | 20 |
| 4.3.1. <i>Modification des droits et obligations de l'ADHERENT</i> | 20 |
| 4.3.2. <i>Modification par l'ADHERENT / Changement de niveau de garanties</i> | 21 |
| 4.4. Radiation d'un ayant-droit..... | 22 |
| 4.5. Maintien du contrat en cas de redressement ou liquidation judiciaire | 23 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.6. | Fin de l'adhésion | 23 |
| 4.6.1. | <i>Résiliation du contrat collectif</i> | 23 |
| 4.6.2. | <i>Résiliation de l'adhésion par l'ADHERENT</i> | 23 |
| 4.6.3. | <i>Résiliation de plein droit en cas de décès de l'ADHERENT</i> | 24 |
| 4.7. | Cessation des garanties | 24 |
| 5. | DISPOSITIONS GENERALES | 24 |
| 5.1. | Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme | 24 |
| 5.2. | Informatique et Libertés | 24 |
| 5.3. | Prescription | 26 |
| 5.4. | Traitement des réclamations et saisine du médiateur | 26 |
| 5.5. | For juridique..... | 27 |
| 5.6. | Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution | 27 |
| 5.7. | Droit applicable – Langue | 27 |
| 6. | DEFINITIONS | 27 |
| | ANNEXE 1. TABLEAU DES PRESTATIONS | 33 |
| | ANNEXE 2 : ASSISTANCES ET SERVICES | 39 |

1. L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

Le présent contrat frais de santé est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé – ACPS- (dénommée le « SOUSCRIPTEUR ») auprès de Groupe France Mutuelle (dénommé la « MUTUELLE »).

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier les membres du SOUSCRIPTEUR (dénommés ADHERENTS) de garanties facultatives relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Il garantit à l'ADHERENT ainsi que ses ayants droit inscrits sur son dossier, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie, tels que présentés dans le tableau des prestations joint à la présente notice.

Les niveaux de garanties sont conformes au cahier des charges du « contrat responsable » en vigueur issues des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. Ils bénéficient à ce titre du taux réduit de la Taxe de solidarité additionnelle.

Les remboursements prévus par les garanties du présent contrat interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Cette notice a pour objet d'informer l'ADHERENT sur les garanties et prestations souscrites auprès de la MUTUELLE, ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La présente notice est remise à l'ADHERENT préalablement à la signature du bulletin d'adhésion. Elle correspond aux conditions générales de la garantie. Le tableau des prestations afférent au niveau de garanties souscrit par l'adhérent compose les conditions particulières de la garantie.

2. L'ADHESION AU CONTRAT FRAIS DE SANTE

2.1. Conditions d'adhésion

Pour adhérer au contrat, l'ADHERENT doit :

- Résider dans la commune partenaire, située en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer dès lors qu'il cotise à une caisse obligatoire d'assurance maladie française.,
- Adhérer à l'Association Concept Prévoyance Santé – ACPS-;
- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives requises.

2.2. Documents contractuels

L'adhésion est constituée :

- de la notice d'information
- du bulletin d'adhésion
- du certificat d'adhésion qui précise et complète les caractéristiques et garanties de l'adhésion au contrat
- de tout avenant éventuel

2.3. Confirmation et effets de l'adhésion

Après réception du bulletin d'adhésion par le SOUSCRIPTEUR, celui-ci remet à chaque ADHERENT un certificat d'adhésion précisant notamment le niveau de garanties souscrit et la date de prise d'effet des garanties.

Le niveau de garantie choisi par l'ADHERENT vaut tant pour l'ADHERENT que pour ses ayants droit.

L'ADHERENT au contrat frais de santé acquiert de droit la qualité de membre participant de la MUTUELLE.

L'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts ainsi que des droits et obligations définis par le contrat et reproduits dans la présente notice.

2.4. Entrée en vigueur des garanties

L'entrée en vigueur des garanties n'est soumise à aucun délai d'attente.

2.5. Adhésion des ayants-droit

Les ayants droits de l'ADHERENT tels que définis par la présente fiche d'information et nommément désignés au bulletin d'adhésion peuvent bénéficier des garanties du présent contrat.

2.6. Droit de renonciation : Vente à distance et démarchage à domicile

Lorsque l'adhésion aux garanties résulte d'une vente à distance (vente par téléphone, vente en ligne) ou d'un démarchage à domicile, le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au plus tard après un **délai de quatorze (14) jours**, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile ou à compter de la date d'effet de l'adhésion dans le cadre d'une vente à distance,
- soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à la première.

Il est précisé, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction, que les règles concernant la vente à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial.

S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la mutuelle dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception. Celui-ci devra également restituer la(les) carte(s) de tiers-payant éventuellement réceptionnées.

La mutuelle s'engage à rembourser, dans ce même délai, les cotisations réglées.

La lettre de renonciation doit être envoyée par **lettre recommandée** ou par **envoi recommandé électronique** répondant aux exigences de l'article L.100 du code des postes et télécommunications électroniques, avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

GFM
Service commercial – Pôle individuel
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 Paris cedex 2

- **Modèle de lettre de renonciation**

Le modèle ci-dessous peut être utilisé pour renoncer à l'adhésion à la mutuelle :

« Je soussigné(e) (Nom, Prénom), demeurant à (adresse complète) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat (nom de la garantie souscrite et des options) que j'ai souscrit le (date).

À (lieu de résidence) Le (date du jour) Signature »

La renonciation entraîne la restitution par la MUTUELLE de l'intégralité des sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au contrat et de toutes les garanties s'y rapportant à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

2.7. Signature électronique et opposabilité des supports contractuels de la MUTUELLE

2.7.1. Choix de la signature électronique

Le choix d'une adhésion électronique peut être proposé

- par un conseiller en relation avec l'ADHERENT de façon directe ou téléphonique,
- lors d'une souscription en ligne sur Internet.

En choisissant de souscrire avec signature électronique, l'ADHERENT accepte de recourir à la voie électronique pour la conclusion de

son contrat, conformément à l'article 1126 du code civil.

2.7.2. Signature par voie électronique et vérification des documents

La signature électronique constitue un procédé technologique d'identification de l'ADHERENT qui accepte de donner son consentement en ligne pour l'adhésion au contrat d'assurance. Elle permet d'établir un lien entre l'ADHERENT, son consentement et le contrat d'assurance (certificat d'adhésion, notice d'information, statuts de la MUTUELLE) souscrit en ligne, auquel ce dernier se rattache. La signature électronique peut intervenir à l'adhésion au contrat ou bien en cours de vie de l'adhésion pour signer d'autres documents.

Pour signer électroniquement ses documents, l'ADHERENT peut, dans certains cas, être redirigé vers le site d'un tiers de confiance. En tout état de cause, à ce stade, les documents qui lui seront présentés pour signature ne sont plus modifiables.

Il est impératif que l'ADHERENT lise ces documents et s'assure qu'ils correspondent bien aux informations fournies ainsi qu'à celles qui lui ont été présentées.

Pour donner son consentement définitif, l'ADHERENT doit cliquer sur le bouton « signer ». Un sms contenant un code lui est alors automatiquement adressé sur le numéro de téléphone portable qu'il a déclaré préalablement. Ce code est généré automatiquement par le Tiers de confiance. Pour des raisons de sécurité, il s'agit d'un code à usage unique dont la durée de validité ne dépasse pas sept (7) jours.

Pour rendre effective la signature électronique du document, l'ADHERENT doit saisir le code reçu dans le champ correspondant.

L'ADHERENT reconnaît que la saisie du code reçu dans le champ correspondant et le fait de cliquer sur le bouton « Signer » correspond à sa signature électronique et l'engage définitivement. Dans ce cadre, cet acte positif de la part de l'ADHERENT manifeste son consentement au contenu du document et confère à l'écrit signé électroniquement, la même valeur juridique qu'un document sur lequel est apposée une signature manuscrite et ce, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil.

L'heure et la date de signature de l'ADHERENT sont apposées automatiquement par le tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ceux-ci peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

2.7.3. Remise à l'ADHERENT de ses documents originaux signés

Dès que lors que les documents sont signés électroniquement, ils sont automatiquement mis à la disposition de l'ADHERENT sur son Espace Client. En parallèle, un e-mail est adressé à l'ADHERENT, lui confirmant la mise en ligne des documents et lui indiquant comment y accéder.

Cette mise à disposition des documents électroniques signés sur son Espace Client, vaut remise de l'exemplaire original au sens de l'article 1375 du code civil et accusé de réception au sens de l'article 1127-2 du code civil.

Ces documents sont téléchargeables et imprimables. Ils resteront accessibles en ligne pendant la durée du contrat d'assurance. Il est recommandé de télécharger ou d'imprimer ces documents afin de disposer d'un exemplaire facilement accessible.

3. LES PRESTATIONS DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

3.1. Définition et description des prestations

3.1.1 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 la sécurité sociale 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 remboursements de la mutuelle se font dans la limite des éventuels prix limites de vente ou honoraires limites de facturation fixés par les pouvoirs publics.

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.

- **Rappel : spécificités relatives aux contrats responsables**

Dépassements d'honoraires en médecine, chirurgie et obstétrique

Le cahier des charges des contrats responsables impose un remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel de secteur 2 adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM).

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels adhérant à un tel dispositif est plus important.

En adhérant à ce dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre d'actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. (Se reporter au Chapitre 6 Définitions).

Prise en charge du ticket modérateur

La MUTUELLE prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente ne peut être appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale devront supporter un reste à charge plus important dans leurs postes de dépenses frais de santé.

3.1.2 Description des prestations

- **Prestations de prévention**

Les garanties de la mutuelle contiennent les prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à savoir :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage dentaire annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

- **Dentaire**

En fonction de la garantie souscrite et selon les modalités détaillées dans le tableau des prestations des fiches d'information, la mutuelle prend en charge les postes suivants :

- Soins, parodontologie et actes dentaires pris en charge par la sécurité sociale,
- Parodontologie non prise en charge par la sécurité sociale. Ce poste comprend tous les soins de parodontologie non remboursés par la sécurité sociale mais inscrits dans la CCAM dentaire (voir nomenclature).
- Inlays-Onlays pris en charge par la sécurité sociale.
- Implants non pris en charge par la sécurité sociale. La mutuelle verse un forfait par implant et dans la limite d'un nombre limité d'implants par an selon la garantie souscrite. Pour certaines garanties, ce remboursement prend la forme d'un forfait annuel. **Sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations, le pilier sur implant n'est pas pris en charge par la mutuelle.**
- Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale.
- Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date de soins notifié par la sécurité sociale.
- Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale : le remboursement de la mutuelle s'effectue sur présentation de la facture acquittée et détaillée indiquant notamment les dates et le type de traitement, dans la limite du forfait prévu dans le cadre de la garantie annuelle. **Si le traitement a débuté antérieurement à la date d'adhésion à la garantie, celui-ci n'est pas pris en charge par la mutuelle. En cas de traitement d'orthodontie invisible par aligneur (Smilers®, Invisalign®...), le remboursement de la mutuelle s'effectue par semestre sur présentation d'une facture semestrielle, à l'exception de la contention remboursée annuellement sur présentation d'une facture.**

Comme indiqué dans le tableau des prestations joint en annexe, et suivant la garantie souscrite, des plafonds annuels sont mis en place en matière d'implants et de prothèses dentaires (à l'exception du panier « 100% Santé ») en fonction de l'ancienneté du membre participant. Celle-ci se compte en année civile, à compter de la date d'adhésion de l'adhérent au niveau de garantie souscrit.

Pour les traitements et actes bucco-dentaires (soins, prothèses, parodontie et implantologie), le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque fraction de traitement.

Les actes pris en charge par la sécurité sociale sont répertoriés dans la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (voir nomenclature).

Estimation de devis dentaires

Afin de connaître le montant de remboursement garanti par la mutuelle dans le cadre de traitements et actes bucco-dentaires importants (pose de prothèses, d'implants, orthodontie), l'adhérent adresse à celle-ci son devis dentaire établi par le professionnel de santé. Ce devis doit être daté et en cours de validité. Il doit également indiquer :

- le type de travaux dentaires : couronne dentaire, inlay, onlay, implant dentaire etc
- le type de matériaux utilisés pour les prothèses dentaires (céramique, métal...)
- le prix pratiqué par le professionnel de santé
- le numéro des dents traitées
- la durée de traitement prévisionnelle (pour l'orthodontie)
- le remboursement de la sécurité sociale par rapport à la nomenclature dentaire
- le nom des deux parties (patient et professionnel de santé) ainsi que la signature apposée par le professionnel de santé..

Après étude de son devis, la mutuelle transmet à l'adhérent une estimation chiffrée. Cette estimation n'engage pas la mutuelle lorsque les travaux réalisés ne correspondent pas, en tous points, aux informations du devis analysé.

La mutuelle ne garantit pas la bonne réalisation, par le professionnel de santé, des travaux dentaires en cours ou à venir.

Les devis émis par des professionnels de santé exerçant à l'étranger ne donnent lieu à aucune estimation excepté pour les membres participants affiliés à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

- Optique

Verres et monture

Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par dérogation, cette période est réduite à un an lorsqu'intervient une dégradation justifiée des performances oculaires, dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période d'un an.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais sont fixes et s'apprécient à compter de la date de facturation de l'équipement précédent.

Sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires ;
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après :
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mutuelle prend en charge les suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, à savoir : les prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appairage de verres, suppléments pour verres avec filtre et autres suppléments.

La prise en charge de deux équipements est autorisée pour les patients qui ont :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin);
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

- **Lentilles correctives refusées ou acceptées par la sécurité sociale / Chirurgie réfractive non prise en charge par la sécurité sociale**

Lorsque le niveau de garanties souscrit le prévoit, ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire.

- **Hospitalisation**

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

- d'une hospitalisation ambulatoire
- d'une hospitalisation médicale : court ou moyen séjour
- d'une hospitalisation à domicile
- 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 le niveau indiqué dans le tableau de prestations, la prise en charge au titre d'autres établissements sera limitée au ticket modérateur.

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge par la mutuelle :

- des honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste
- de la participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 €.
- des frais de séjour
- du forfait patient urgences
- du forfait journalier hospitalier pour une durée illimitée lorsque les garanties répondent aux exigences du contrat responsable
- des frais de transport, sous réserve d'une prise en charge par la sécurité sociale
- de la chambre particulière
- du lit accompagnant.

Les « forfait administratif » et « forfait ambulatoire » proposés par certains établissements 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

Accouchement par césarienne

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.

Accouchement par voie basse

Se référer à l'allocation forfaitaire maternité.

- **Estimation de devis en cas de dépassements d'honoraires de chirurgie ou d'anesthésie**

Afin de connaître le montant de remboursement garanti par la mutuelle dans le cadre de dépassements d'honoraires en matière de chirurgie ou d'anesthésie, le membre participant adresse à celle-ci son devis établi par le professionnel de santé.

Ce devis doit être daté et en cours de validité. Il doit également indiquer la codification CCAM pour chaque acte ainsi que le dépassement éventuel correspondant.

- **Aides auditives**

La participation complémentaire est limitée à un appareil par oreille et par bénéficiaire tous les 4 ans, selon les modalités précisées dans le tableau des prestations et le règlement mutualiste (article 18.5).

La mutuelle rembourse, par ailleurs, a minima le ticket modérateur des frais d'entretien des aides auditives (consommables, piles ou accessoires), conformément à la réglementation en vigueur.

- **Matériel médical**

Selon la garantie souscrite:

- la mutuelle prend en charge les prothèses et appareillage sous réserve du remboursement par le régime obligatoire.
- un forfait annuel complémentaire s'ajoute.

- **Autres postes**

Forfait médicaments/ homéopathie non pris en charge par la sécurité sociale, dont masques sanitaires et tests « RT-PCR Covid-19 »

Pour ce poste, selon la garantie souscrite, la mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire dans la limite des frais engagés.

Ce forfait recouvre **les vaccins, contraceptifs, masques sanitaires, tests virologiques dits « RT-PCR » Covid-19 et médicaments**, prescrits ou non, qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les médicaments prescrits sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

Pour pouvoir être remboursés, les médicaments non prescrits doivent être délivrés par une officine de pharmacie et faire partie, au moment de la demande de remboursement, de la liste « des médicaments de médication officinale disponible en accès libre » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (liste disponible à l'adresse suivante : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/medicaments-en-acces-direct>).

Les médicaments non prescrits sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

La mutuelle rembourse les masques sanitaires chirurgicaux et de protection respiratoire individuelle (FFP) répondant aux normes françaises et/ou européennes (NF et/ou CE-EN). Elle rembourse également les masques non sanitaires, dits « alternatifs » ou « barrières », fabriqués selon un processus industriel et répondant aux spécifications techniques applicables. Ils sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

La mutuelle prend également en charge les tests virologiques dit « RT-PCR Covid-19 » non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait annuel souscrit. Ils sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative acquittée.

Cure thermale acceptée par la sécurité sociale

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Les frais de transport sont calculés sur la base du barème kilométrique fixé par la sécurité sociale.

Les frais d'hébergement sont remboursés dans la limite des frais engagés.

Selon la garantie souscrite, la mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Honoraires paramédicaux

En cas de dépassement d'honoraires, le remboursement s'effectue sur présentation de la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante. **La mutuelle ne rembourse pas les dépassements d'honoraires effectués dans le cadre de la « méthode Mézières ».**

Sevrage tabagique non pris en charge par la sécurité sociale

Pour ce poste, selon le niveau de garanties souscrit, la mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire dans la limite des frais engagés.

Ce poste correspond aux dépenses liées au traitement par substituts nicotiques.

La cigarette électronique n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Médecines alternatives

Sauf mentions contraires indiquées dans le tableau de garanties, ce poste concerne les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les ergothérapeutes, les psychologues, les psychothérapeutes, les diététiciens, les étioopathes, les pédicures-podologues et les psychomotriciens.

L'ostéopathe, le chiropracteur, l'ergothérapeute, le diététicien et le psychomotricien doivent être enregistrés dans le fichier ADELI ou au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

La mutuelle prend en charge des séances de pédicurie ou de podologie non prises en charge par la sécurité sociale, les séances devant alors être réalisées par un pédicure-podologue enregistré au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

La mutuelle prend en charge les consultations de psychologie ou de psychothérapie non prises en charge par la sécurité sociale réalisées auprès d'un professionnel disposant du titre de « psychologue » ou « psychothérapeute » tel que défini par la législation et la réglementation en vigueur et inscrit sur le répertoire de l'Agence Régionale de Santé (liste ADELI - RPPS).

Enfin, si la garantie le prévoit, pour être prises en charge, les séances d'étiopathie par un professionnel inscrit au Registre National des Etiopathes (RNE).

Pour ces disciplines, un forfait est versé par séance ou par an, selon la garantie souscrite. Le nombre de séances par année civile et le montant pris en charge varient selon le niveau de garanties souscrit.

Allocation forfaitaire maternité

Selon la garantie souscrite, une allocation forfaitaire de maternité est versée, à chaque naissance, à la mère inscrite au contrat.

Cette allocation vise à prendre en charge les frais, non remboursés par la sécurité sociale, liés à l'accouchement (ex : dépassements d'honoraires en cas d'accouchement par voie basse...), dans la limite du forfait prévu à cet effet.

Soins et équipements à l'étranger (y compris le poste « Dentaire »)

Soins engagés et équipements acquis 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 les prend en charge.**

Soins engagés et équipements acquis 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**

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'issue 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).

3.2. Exclusions générales

En tout état de cause, la mutuelle ne prend pas en charge :

- Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;
- 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 ;
- les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour ;
- la chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires autorisés réalisés hors parcours de soins.

→

3.3. Modalités de remboursement des prestations

3.3.1. Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papier, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de la sécurité sociale.

Cette télétransmission s'effectue via le système d'échanges dit NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). Ce système permet, par liaison informatique, la transmission automatique des données de sécurité sociale de l'ADHERENT et de ses éventuels ayants droit, du régime obligatoire vers la MUTUELLE.

Si la part régime obligatoire a été payée directement au professionnel de santé, l'adhérent doit, pour obtenir le remboursement de la dépense éventuellement engagée, obligatoirement présenter à la mutuelle la facture acquittée correspondante.

En cas de refus exprès de la télétransmission, l'ADHERENT ou le bénéficiaire s'engage :

- à informer la MUTUELLE de son éventuelle affiliation à un autre organisme assureur frais de santé
- le cas échéant, à adresser à la MUTUELLE les décomptes des prestations délivrés par le premier assureur.

Cet engagement prend la forme d'une attestation sur l'honneur.

3.3.2. Tiers payant

- **La carte de tiers payant**

La carte de tiers payant permet à l'ADHERENT de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

Elle intervient à hauteur du ticket modérateur. ou, le cas échéant, du forfait prévu à la garantie (sur prise en charge)

La carte de tiers payant donne également accès au réseau de soins de la Mutuelle.

A la cessation des garanties, l'ADHERENT doit restituer sa carte de tiers payant dans les meilleurs délais et en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la MUTUELLE pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. En cas d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), l'ADHERENT radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

- **Le tiers payant généralisé**

Les professionnels de santé exerçant en ville ont la faculté de proposer le tiers payant à l'ensemble des patients bénéficiaires de la sécurité sociale. Ce dispositif permet à l'ADHERENT de ne pas avancer les frais pour la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale. Lorsque les garanties sont responsables, le tiers payant doit pouvoir s'appliquer sur les prestations visées par les nouvelles exigences du contrat responsable, au moins à hauteur de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale, le tiers payant intervient sur présentation de la carte vitale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la MUTUELLE, le tiers payant intervient sur présentation de la carte de tiers payant dans les conditions et limites exposées au paragraphe ci-dessus.

3.3.3. Pièces justificatives à fournir pour un remboursement

Rappels :

- le bénéficiaire de la télétransmission pour les **actes courants** qui lui sont directement remboursés n'a pas de justificatifs à fournir. En revanche, certains types de soins (frais d'optique, prothèses dentaires, orthodontie ...) nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la MUTUELLE puisse compléter les informations communiquées par le régime obligatoire et calculer au mieux le montant de son remboursement.
- en l'absence de télétransmission, le bénéficiaire s'engage à adresser, systématiquement, le décompte de sa première complémentaire santé s'il y a lieu.
- 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 | |
|------------------------------------|--|---|---|
| | | <u>Présence de télétransmission</u> | <u>Absence de 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 lunettes) | <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 lunettes) – 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 |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <u>Actes remboursés par le RO* (suite)</u> | | | <ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée |
| | Equipement optique (monture et lunettes) – cas d'évolution de la réfraction liée à des situations particulières (telles que listées à l'article 3.2.3) | <ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale mentionnant ces cas particuliers. • Facture détaillée et acquittée | <ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale mentionnant ces cas particuliers. • 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 exécutés et le n° des dents**. |
| | Orthodontie acceptée | <ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée précisant le type de traitement et sa périodicité** | <ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Facture détaillée et acquittée précisant 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 semestrielle (annuelle en cas de contention) précisant 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 la prescription médicale | |
| | 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. | |
| Allocations | Allocation maternité | <ul style="list-style-type: none"> • Acte de naissance de l'enfant | |
| <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 carte d'identité | |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• 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 pièces justificatives seront adressées à :

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

3.3.4. 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.

La demande est à adresser **par le professionnel de santé** à :

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

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, le membre participant ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture acquittée de l'établissement hospitalier sur laquelle figure le montant des honoraires.

3.3.5. Mode de règlement des prestations

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

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

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.

3.4. Règles générales de remboursement des prestations

3.4.1. 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.

3.4.2. 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. 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 de l'ADHERENT après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

En cas de régularisation ultérieure du régime obligatoire, l'ADHERENT 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 l'ADHERENT 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.

3.4.5. 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. L'ADHERENT 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 cinq (5) ans maximum à compter de la date de versement de la prestation indue par la MUTUELLE.

3.4.6. Recours subrogatoire

La MUTUELLE est subrogée de plein droit à l'ADHERENT, 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.

L'ADHERENT s'engage à informer la MUTUELLE lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

4. LA VIE DU CONTRAT FRAIS DE SANTE

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 membres participants ou de leur situation familiale.

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

Pour un même niveau de garantie et dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du code de la mutualité, les cotisations diffèrent selon l'âge de l'adhérent au moment de la souscription et tout au long du contrat. S'appliquent les tranches d'âge suivantes:

- inférieur ou égal 30 ans,
- 30 ans à 69 ans,
- 70 ans et plus.

4.1.2. Paiement des cotisations

Une cotisation annuelle est due au jour de l'adhésion.

Son règlement peut faire l'objet d'un fractionnement.

Les cotisations sont payables, au choix de chaque ADHERENT :

- mensuellement d'avance
- semestriellement ou annuellement d'avance.

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. Les cotisations suivantes sont réglées par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou par chèque.

Chaque année un appel de cotisation est adressé à l'ADHERENT par la MUTUELLE pour le paiement de la cotisation annuelle au 1^{er} janvier de l'année suivante.

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

La cotisation peut être révisée chaque année par la MUTUELLE à la date de l'échéance annuelle en fonction du résultat technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties, évolution prévisionnelle des dépenses de santé ...).

Lorsque le risque se trouve modifié du fait de l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif législatif ou réglementaire, impactant notamment la réglementation fiscale ou sociale, la MUTUELLE pourra être amenée à procéder en cours d'année à des réactualisations de prestations et de cotisations pour tenir compte des modifications intervenues.

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 le lieu de résidence et l'âge de l'ADHÉRENT dans l'année d'assurance.

4.1.5. Conséquences du non-paiement

Lorsque le SOUSCRIPTEUR n'assure pas le précompte des cotisations, les dispositions de l'article L.221-8 II du code de la mutualité s'appliquent.

L'ADHÉRENT 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, 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 son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion 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

4.2. Information du changement de situation

L'ADHÉRENT s'engage à informer la MUTUELLE, dans les meilleurs délais à compter de la date de l'événement, de tout changement de profession, de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire et plus généralement, de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat, à l'exception des informations à caractère médical dont la MUTUELLE ne peut se prévaloir. Ces informations seront adressées à :

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

4.3. Modification du contrat

4.3.1. Modification des droits et obligations de l'ADHÉRENT

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des ADHÉRENTS, le SOUSCRIPTEUR est tenu d'en informer chacun d'eux. Une notice établie à cet effet par la MUTUELLE leur sera remise.

Tout ADHERENT peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

4.3.2. **Modification par l'ADHERENT / Changement de niveau de garanties**

- **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 1^{er} janvier de chaque année, en cas de changement entraînant 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 1^{er} du mois, **en cas de changement entraînant 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 1^{er} du mois de sa réception. Dans le cas contraire, elle prend effet le 1^{er} 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 1^{er} 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 3^{ème} 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.*

4.4. 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 événements 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 entraîne 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 compte 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 relatif aux pièces justificatives).

4.5. Maintien du contrat en cas de redressement ou liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du SOUSCRIPTEUR, le contrat pourra être maintenu ou sera résilié selon les conditions prévues par la réglementation en vigueur (notamment art. L610-1 et suivants du code de commerce).

A l'issue de cette période et dans tous les autres cas de rupture du contrat unissant le SOUSCRIPTEUR et la MUTUELLE, le contrat peut être octroyé à titre individuel et à de nouvelles conditions si la demande en est faite conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité.

4.6. Fin de l'adhésion

4.6.1. Résiliation du contrat collectif

L'adhésion prendra fin en cas de résiliation du contrat collectif conclu entre le SOUSCRIPTEUR et la MUTUELLE

4.6.2. Résiliation de l'adhésion par l'ADHERENT

- **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

- **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 entraîne 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.

- **Résiliation en cas de modification des droits et obligations des ADHERENTS**

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des ADHÉRENTS, le SOUSCRIPTEUR est tenu d'en informer chacun d'eux. Une notice établie à cet effet par la MUTUELLE leur sera remise. Tout ADHÉRENT peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

- **Résiliation en cas d'adhésion à une mutuelle obligatoire**

Une résiliation de l'adhésion en cours d'année est possible sur présentation par l'ADHERENT, de tout document justifiant de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance complémentaire santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire au plus tard dans les trois (3) mois suivant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire.

Cette résiliation entraînera la radiation du contrat de l'ADHERENT et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la MUTUELLE.

4.6.3. Résiliation de plein droit en cas de décès de l'ADHERENT

L'adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès de l'ADHERENT.

4.7. Cessation des garanties

Les garanties cessent:

- à la date d'effet de la résiliation du contrat conclu entre le SOUSCRIPTEUR et la MUTUELLE,
- à la date d'effet de la résiliation par l'ADHERENT dans les conditions énumérées à l'article 4.5.2 ci-dessus,
- en cas de radiation de l'ADHERENT par la MUTUELLE suite au non-paiement des cotisations et dans les conditions prévues par le code de la mutualité,
- à la date à laquelle l'ADHERENT ne respecte plus les conditions d'adhésion définies à l'article 2.1 du présent document,
- en cas de décès de l'ADHERENT.

5. DISPOSITIONS GENERALES

5.1. 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 ADHERENTS et leurs ayants-droits éventuels.

Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants-droits, 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 financières; 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).

5.2. 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 Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

En cas d'insatisfaction, le membre participant à 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.

5.3. 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'ADHERENT, 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 de l'ADHERENT, 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 l'ADHERENT 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 à l'ADHERENT, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'ADHERENT, 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 l'ADHERENT et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'ADHERENT décédé.

5.4. Traitement des réclamations et saisine du médiateur

L'ADHERENT 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, l'ADHERENT s'adressera par écrit à l'adresse indiquée ci-dessous :

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

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.

5.5. For juridique

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

5.6. 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 - 75436 PARIS CEDEX 09.

5.7. 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.

6. DEFINITIONS

ADHERENT

En tant que membre du SOUSCRIPTEUR, l'ADHERENT est la personne physique assurée au titre du présent contrat et qui bénéficie des prestations. Il est désigné au bulletin d'adhésion et doit obligatoirement :

- Résider dans la commune partenaire située en France métropolitaine ou dans un département ou une région d'outre-mer dès lors qu'il cotise à une caisse obligatoire d'assurance maladie française.,
- adhérer à l'Association Concept Prévoyance Santé – ACPS-;
- compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives requises.

L'ADHERENT au contrat frais de santé acquiert de droit la qualité de membre participant de la MUTUELLE.

MUTUELLE : désigne Groupe France Mutuelle, l'organisme d'assurance frais de santé, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. **SOUSCRIPTEUR**

Ce terme désigne l'employeur ou la personne morale qui, par la souscription d'un contrat collectif à adhésion facultative en assurance frais de santé auprès de la MUTUELLE, permet à l'ADHERENT de bénéficier du contrat frais de santé.

- **Autres 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.

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.

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.

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre du présent contrat :

- Le conjoint, partenaire ou concubin de l'ADHERENT tel que défini par le présent article,
- Les enfants à charge tels que définis ci-après par le présent article.

Les ayants-droit de l'ADHERENT peuvent bénéficier des prestations du présent contrat.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie 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 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. 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, 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.

Concubin

Personne vivant en concubinage avec l'ADHERENT exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve que l'ADHERENT et son concubin :

- Vivent sous le même toit,
- Soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés(ées),
- Ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du code civil). Le concubinage est reconnu par la mutuelle si l'un des justificatifs suivants est présenté par le bénéficiaire : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (avis d'imposition, quittance de loyer, factures d'électricité...).

Conjoint

Epoux ou épouse de l'ADHERENT, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Consultation chez un médecin conventionné de secteur 1 : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie. 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 l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Consultation chez un 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 l'Assurance Maladie.

Consultation chez un 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.

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 du secteur 2. 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 (prise en charge d'une partie des cotisations sociale pour l'activité pratiquée à tarif opposable, 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.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par le présent règlement mutualiste, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans et bénéficiant de prestations du régime obligatoire :
 - o sous le numéro d'immatriculation du membre participant ou de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
 - o sous leur propre numéro d'immatriculation.
- âgés de moins de 28 ans et :
 - ✓ poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant) ;
 - ✓ poursuivent une formation en alternance (sur présentation d'un contrat d'apprentissage inférieur à 12 mois ou d'un contrat de professionnalisation) ;
 - ✓ inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi. (sur présentation d'un avis de situation du Pôle Emploi du mois en cours ou précédent et d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation) ;
 - ✓ exercent une mission de Service Civique réalisée en France auprès d'un organisme agréé par l'Etat (sur présentation du contrat d'engagement de service civique).

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 18^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

Les documents justifiant de la situation d'enfant à charge doivent être transmis à la mutuelle une fois par an.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 18^{ème} anniversaire.

Le justificatif de la situation de handicap de l'enfant doit être transmis au moment du rattachement de celui-ci.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent membre participant qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance **dans les 3 mois à compter de sa naissance**. Si l'inscription de l'enfant a lieu au-delà des 3 mois de sa naissance, les éventuels délais d'attente prévus dans les fiches d'information s'appliquent à son endroit.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit majeur ou mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit. Dès lors, le nouveau-né de l'ayant-droit devenu membre participant acquiert la qualité d'ayant-droit.

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.

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, CMU-C, de l'ACS 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 jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, 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.

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).

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.

Orthodontie invisible par aligneur

L'orthodontie invisible par aligneur est une technique visant à aligner les dents, sans avoir recours aux bagues dentaires traditionnelles, grâce à l'utilisation d'appareils amovibles transparents (ex : Smilers®, Invisalign®...).

Parcours de soins

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 plafonnée 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 CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS 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 malades.

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, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

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.

ANNEXE 1 : PRESTATIONS 2024 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

| SOINS COURANTS | MCO1 |
|--|-----------------------------------|
| Honoraires médicaux | |
| Généraliste et spécialiste - DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Généraliste et spécialiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Médicaments | 100% |
| Analyses et examens de laboratoire | 100% |
| Honoraires paramédicaux | 100% |
| Matériel médical | 100% |
| Frais de transport | 100% |
| Séances de psychologue prises en charge par la Sécurité Sociale | 100% |
| Soins à l'étranger | Sécurité sociale + 25% (min 100%) |
| HOSPITALISATION | |
| Honoraires | |
| Chirurgien et anesthésiste - DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 100% |
| Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros | 24 € |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ⁽³⁾ | 100% Frais Réels |
| Frais de séjour | 100% |
| DENTAIRE | |
| Soins et prothèses 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés) | 100% |
| Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), par prothèse, y compris Inlay/Onlay* | 150% |
| Plafond annuel *prothèses et implants (au-delà, remboursement limité à TM + 25 % de la base de remboursement) | 1 350 € |
| Orthodontie | |
| Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre | 150% |
| OPTIQUE | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € ⁽⁵⁾ | |
| Monture + 2 verres simples | 140 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe | 170 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe | 190 € |
| Monture + 2 verres complexes | 200 € |
| Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe | 220 € |
| Monture + 2 verres très complexes | 240 € |
| Suppléments et prestations optiques | Sans reste à charge |
| Lentilles | |
| Prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 50 € |
| Non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 50 € |
| AIDES AUDITIVES | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Accessoires auditifs | 100% |
| Audio-prothèses par oreille | Sécurité sociale + 40% |
| PRÉVENTION | |
| Non prise en charge par la Sécurité sociale | |
| Ostéodensitométrie osseuse par examen | 23 € |
| Vaccin ⁽²⁾ | 20 € |
| Assistance ⁽⁷⁾ | Incluse |
| Téléconsultation médicale ⁽⁷⁾ | Incluse |
| Protection juridique santé ⁽⁷⁾ | Incluse |

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation.

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture dont le remboursement est limité à 100€. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. En cas d'achat d'un équipement composé d'une monture hors 100% Santé et de verres 100% Santé (ou inversement), le remboursement de la partie de l'équipement hors 100% Santé sera alors limité au forfait correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la partie 100% Santé. Verre simple : verre simple foyer

dont la sphère est comprise entre -6,00 et +0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verre très complexe : verre progressif sphérique dont la sphère < -4 ou > +4 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère < -8 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère entre -8 et 0 et dont le cylindre > +4 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00. Verre complexe : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI.

Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Étiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

PRESTATIONS 2024 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

| SOINS COURANTS | MCO2 |
|---|-----------------------------------|
| Honoraires médicaux | |
| Généraliste et spécialiste - DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| Généraliste et spécialiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 110% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM ⁽¹⁾ | 110% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM ⁽¹⁾ | 110% |
| Médicaments | 100% |
| Forfait pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 50 € |
| Analyses et examens de laboratoire | 130% |
| Honoraires paramédicaux | 130% |
| Matériel médical | 130% |
| Frais de transport | 100% |
| Séances de psychologue prises en charge par la Sécurité Sociale | 100% |
| Soins à l'étranger | Sécurité sociale + 25% (min 100%) |
| HOSPITALISATION | |
| Honoraires | |
| Chirurgien et anesthésiste - DPTM ⁽¹⁾ | 130% |
| Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 110% |
| Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros | 24 € |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ⁽³⁾ | 100% Frais Réels |
| Frais de séjour | 100% |
| Chambre particulière | |
| En médecine ou chirurgie par jour, 30 jours par an | 50 € |
| En maternité par jour, sans limitation de durée | 50 € |
| DENTAIRE | |
| Soins et prothèses 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés) | 100% |
| Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), par prothèse, y compris Inlay/Onlay* | 250% |
| Non pris en charge par la Sécurité sociale | |
| Plafond annuel *prothèses et implants (au-delà, remboursement limité à TM + 25 % de la base de remboursement) | 1 350 € |
| Orthodontie | |
| Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre | 200% |
| OPTIQUE | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € ⁽⁵⁾ | |
| Monture + 2 verres simples | 190 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe | 210 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe | 230 € |
| Monture + 2 verres complexes | 230 € |
| Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe | 250 € |
| Monture + 2 verres très complexes | 270 € |
| Suppléments et prestations optiques | Sans reste à charge |
| Lentilles | |
| Prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 100 € |
| Non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 100 € |
| AIDES AUDITIVES | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Accessoires auditifs | 130% |
| Audio-prothèses par oreille | 130% |
| PRÉVENTION | |
| Non prise en charge par la Sécurité sociale | |
| Ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, pédicure-podologue, diététicien, étiope par acte, 90 € par an ⁽⁶⁾ | 30 € |
| Ostéodensitométrie osseuse par examen | 23 € |
| Vaccin ⁽²⁾ | 20 € |
| Assistance ⁽⁷⁾ | Include |
| Téléconsultation médicale ⁽⁷⁾ | Include |
| Protection juridique santé ⁽⁷⁾ | Include |

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation.

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance

maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture dont le remboursement est limité à 100€. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. En cas d'achat d'un équipement composé d'une monture hors 100% Santé et de verres 100% Santé (ou inversement), le remboursement de la partie de l'équipement hors 100% Santé sera alors limité au forfait correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la partie 100% Santé. Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verre très complexe : verre progressif sphérique dont la sphère < -4 ou > +4 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère < -8 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère entre -8 et 0 et dont le cylindre > +4 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00. Verre complexe : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Étiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

PRESTATIONS 2024 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

| SOINS COURANTS | MCO3 |
|--|-----------------------------------|
| Honoraires médicaux | |
| Généraliste et spécialiste - DPTM ⁽¹⁾ | 200% |
| Généraliste et spécialiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 180% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM ⁽¹⁾ | 200% |
| Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM ⁽¹⁾ | 180% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM ⁽¹⁾ | 200% |
| Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM ⁽¹⁾ | 180% |
| Médicaments | 100% |
| prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 30 € |
| Forfait pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 50 € |
| Analyses et examens de laboratoire | 200% |
| Honoraires paramédicaux | 200% |
| Matériel médical | 200% |
| Frais de transport | 100% |
| Séances de psychologue prises en charge par la Sécurité Sociale | 100% |
| Soins à l'étranger | Sécurité sociale + 25% (min 100%) |
| HOSPITALISATION | |
| Honoraires | |
| Chirurgien et anesthésiste - DPTM ⁽¹⁾ | 200% |
| Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM ⁽¹⁾ | 180% |
| Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros | 24 € |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ⁽³⁾ | 100% Frais Réels |
| Frais de séjour | 100% |
| Chambre particulière | |
| En médecine ou chirurgie par jour, 30 jours par an | 70 € |
| En maternité par jour, sans limitation de durée | 70 € |
| Lit d'accompagnant Enfant agé de - de 12 ans, par jour, 20 jours par an | 20 € |
| Frais de location de TV par jour limité à 72 € par hospitalisation | 2 € |
| DENTAIRE | |
| Soins et prothèses 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés) | 100% |
| Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), par prothèse, y compris Inlay/Onlay* | 400% |
| Non pris en charge par la Sécurité sociale | |
| Implantologie par implant* | 400 € |
| Plafond annuel *prothèses et implants (au-delà, remboursement limité à TM + 25 % de la base de remboursement | 1 800 € |
| Orthodontie | |
| Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre | 250% |
| Non prise en charge par la Sécurité sociale, par semestre | 400 € |
| OPTIQUE | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € ⁽⁵⁾ | |
| Monture + 2 verres simples | 350 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe | 400 € |
| Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe | 430 € |
| Monture + 2 verres complexes | 450 € |
| Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe | 480 € |
| Monture + 2 verres très complexes | 510 € |
| Suppléments et prestations optiques | Sans reste à charge |
| Lentilles | |
| Prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 150 € |
| Non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾ | 150 € |
| Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale, par œil | 350 € |
| AIDES AUDITIVES | |
| Equipements 100% santé ⁽⁴⁾ | Sans reste à charge |
| Accessoires auditifs | 200% |
| Audio-prothèses par oreille | 200% |
| CURE | |
| Cure thermale | 100% |
| PRÉVENTION | |
| Non prise en charge par la Sécurité sociale | |
| Ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien, psychothérapeute, psychologue, pédicure-podologue, diététicien, étio-pathe par acte, 150 € par an ⁽⁶⁾ | 50 € |
| Ostéodensitométrie osseuse par examen | 23 € |
| Vaccins ⁽²⁾ | 50 € |
| Assistance ⁽⁷⁾ | Incluse |

Téléconsultation médicale ⁽⁷⁾

Protection juridique santé ⁽⁷⁾

Incluse

Incluse

PARTICIPATIONS

Allocation forfaitaire maternité pour un enfant ou jumeaux, si conjointe ou bénéficiaire inscrite

250 €

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation.

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture dont le remboursement est limité à 100€. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. En cas d'achat d'un équipement composé d'une monture hors 100% Santé et de verres 100% Santé (ou inversement), le remboursement de la partie de l'équipement hors 100% Santé sera alors limité au forfait correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la partie 100% Santé. Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verre très complexe : verre progressif sphérique dont la sphère < -4 ou > +4 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère < -8 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère entre -8 et 0 et dont le cylindre > +4 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00. Verre complexe : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI.

Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Étiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

ANNEXE 2 : ASSISTANCES ET SERVICES

La mutuelle met à la disposition de ses adhérents des services d'assistance santé (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.



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

ASSISTANCE SANTE



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 |
| Ecoute, conseil et accompagnement | Informations téléphoniques |
| Accompagnement social | 12 appels maximum par année civile d'une durée de 15 minutes chacun |
| Informations juridiques | Informations téléphoniques |
| Téléconsultation | Illimitée |
| 2 ^{ème} avis médical | 2 avis maximum rendus par famille/ par année civile |
| Coaching sportif et nutritionnel | 1 séance maximum sur une période de 12 mois à compter de la date de mise en place du programme |
| 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 |
| Ecole à Domicile | 10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 euros TTC 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 | 300 € TTC maximum par Evènement (en cas d'Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure ou |



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

| | |
|---|--|
| | <p>égale à 24 heures ou d'immobilisation au Domicile supérieure ou égale à 5 jours)</p> <p>100 € maximum par Evènement (en cas d'Hospitalisation ambulatoire)</p> |
| <p align="center">PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE, INFERIEURE OU EGALE A 24 HEURES D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE AGE DE MOINS DE 10 ANS</p> <p><u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint,</u> - <u>par Evènement : Hospitalisation.</u> | |
| Présence auprès de l'enfant hospitalisé | 2 nuits d'hôtel maximum par Evènement à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit |
| <p align="center">PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE</p> <p><u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint,</u> - <u>par Evènement : Maternité.</u> | |
| Informations pratiques sur la naissance | Informations téléphoniques |
| Accompagnement psychologique en cas de difficultés dans le cadre de la naissance | 2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement |
| Accompagnement baby-blues | Informations téléphoniques |
| Acheminement des médicaments | Frais de livraison à concurrence de 100 euros maximum par Evènement |
| Enveloppe de services | 300 € TTC maximum par Evènement |
| <p align="center">PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOThERAPIE OU RADIOTHERAPIE, ET TOUS TRAITEMENTS ONCOLOGIQUES</p> <p><u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),</u> - <u>par Evènement : Traitement anticancéreux.</u> | |
| Ecole à Domicile | 10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 euros TTC par Evènement. |
| Ecoute, conseil et accompagnement | Informations téléphoniques |
| Aide à l'annonce du diagnostic | Informations téléphoniques |
| Aide à la recherche de fournisseurs de perruques | Mise en relation |
| Accompagnement au diagnostic | Informations téléphoniques |
| Accompagnement psychologique | 2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement |



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

| | |
|---|---|
| Enveloppe de services | 300 € TTC maximum par Evènement |
| PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIES REDOUTEES | |
| <u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),</u> - <u>par Evènement : Maladies redoutées.</u> | |
| Ecoute, conseil et accompagnement | Informations téléphoniques |
| Accompagnement avant / après hospitalisation | Entretiens téléphoniques |
| Aide à l'annonce du diagnostic | Informations téléphoniques |
| Accompagnement au diagnostic | Informations téléphoniques |
| Accompagnement psychologique | 2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement |
| Enveloppe de services | 300 € TTC maximum par Evènement |



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AFFECTION LONGUE DUREE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Affection Longue Durée.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Ecoute, conseil et accompagnement | Informations téléphoniques |
| Assistance aux devoirs | 20 sollicitations maximum par enfant / par Evènement |
| Accompagnement psychologique | 2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement |
| Enveloppe de services | 300 € TTC maximum par Evènement |

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

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

| | |
|---|---|
| Accompagnement social | Informations téléphoniques |
| Téléassistance | Mise en relation |
| Répit de l'aidant (<i>en cas d'épuisement de l'Aidant ou d'Hospitalisation imprévue supérieure à 24 h ou d'immobilisation de l'Aidant supérieure ou égale à 5 jours de l'Aidant)</i>) | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche d'établissements spécialisés et réservation de lit | 250 € maximum par Evènement |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ OU Garde de l'Aidé | 20 h maximum par Evènement |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ OU Venue d'un Proche au Domicile pour la garde de l'Aidé | 1 Titre de transport dans la limite de 250 € par Evènement |
| Bilan 360° d'aide aux Aidants | Informations téléphoniques |
| Formation de l'Aidant | 1 intervention maximum par Evènement |
| Bilan prévention autonomie | 460 euros TTC maximum par Evènement |
| Recherche d'une solution d'hébergement adaptée pour l'Aidé | Mise en relation |
| Suivi de la qualité de vie de l'Aidé placé | 1 appel par mois pendant une période de 6 mois maximum par Evènement |



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

| | |
|---|---|
| Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule | Mise en relation |
| Mise en relation avec les fournisseurs de matériel adapté aux handicapés | Mise en relation |
| Assistance déménagement | Organisation sans prise en charge |
| Accompagnement psychologique | 2 entretiens maximum par Evènement |
| Enveloppe de services | 300 € TTC maximum par Evènement |



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris

ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

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

| | |
|---|--|
| Informations décès-obsèques | Informations téléphoniques |
| Aide à l'organisation des obsèques | Transmission de coordonnées |
| Mise à disposition de courriers-type | |
| Gestion des volontés essentielles de l'Adhérent | |
| Rapatriement et transport de corps (<i>en cas de décès à plus de 50 km du Domicile</i>) | Frais réels |
| Cercueil (modèle simple) | 763 euros TTC maximum par Evènement |
| Nettoyage du domicile | 4 heures maximum par Evènement |

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 |

Veillez 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



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 - CS11601 75089 Paris cedex 2 - Siège social : 56 rue de Monceau 75008 Paris
ACPS (Association Concept Prévoyance Santé) association déclarée sous la loi du 1er Juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901,
Siège social : 3, avenue Germaine Tillion- Immeuble Origami – CS30724 – 35207 Rennes cedex 02

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