Reflexio Essentiel

Garantie individuelle frais de santé

Fiche d'information

La présente fiche est soumise aux statuts et règlement mutualiste de France Mutuelle

RE – FI – V2024

SOMMAIRE

Préambule **3**
1. Objet de la gamme Reflexio Essentiel **3**
2. Adhésion à la garantie Reflexio Essentiel **3**
2.1 Conditions d'adhésion 3
2.2 Confirmation et effets de l'adhésion 3
3. Prestations de la gamme Reflexio Essentiel **3**
3.1 Description des prestations 3
3.1.1 Dentaire 3
3.1.2 Optique 4
3.1.3 Hospitalisation 6
3.1.4 Aides auditives 7
3.1.5 Matériel médical 7
3.1.6 Autres postes 7
3.2 Contrôle médical 8
3.3 Exclusions générales 8
4. Vie de la garantie Reflexio Essentiel **9**
4.1 Cotisations 9
4.1.1 Fixation des cotisations 9
4.1.2 Paiement des cotisations 9
4.1.3 Cotisations complémentaires et taxes 9
4.1.4 Evolution des cotisations 9
4.2 Modification de la garantie 9
4.2.1 Modification par le conseil d'administration 9
4.2.2 Modification par l'adhérent et changement de situation 10
4.3 Radiation d'un ayant-droit 11
4.4 Résiliation de la garantie 11
4.4.1 Résiliation par l'adhérent 11
4.4.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations 13
4.4.3 Résiliation de plein droit en cas de décès de l'adhérent 13
5. Dispositions générales **13**
5.1 Droit applicable – Langue 13
ANNEXE 1 : Tableau des prestations **14**
ANNEXE 2 : ASSISTANCE ET SERVICES **20**

Préambule

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

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

1. Objet de la gamme Reflexio Essentiel

La gamme Reflexio Essentiel assure à l'adhérent et le cas échéant, à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par celui-ci en complément de la sécurité sociale en cas de maladie, accident ou maternité.

Cette gamme respecte les exigences des « contrats solidaires et responsables » issues des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. A ce titre, elle bénéficie du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle rénovée.

2. Adhésion à la garantie Reflexio Essentiel

2.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion. L'adhésion à la gamme Reflexio Essentiel n'est soumise à aucune condition d'âge.

2.2 Confirmation et effets de l'adhésion

Sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces demandées par la mutuelle, l'adhésion prend effet :

- le jour indiqué par le membre participant sur son bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- le lendemain de la date de résiliation de l'ancien contrat d'assurance du membre participant, lorsque la Mutuelle a été mandatée par le membre participant dans le cadre de la résiliation prévue par l'article L221-10-2 du Code de la mutualité.

En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation annuelle ou mensuelle sera proratisée en conséquence.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Celle-ci est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion. En cas de paiement fractionné, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1er versement. Les ayants droits de l'adhérent peuvent bénéficier de la garantie frais de santé.

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

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

3. Prestations de la gamme Reflexio Essentiel

3.1 Description des prestations

3.1.1 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.**

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 utilisé 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'Etranger (CFE).

3.1.2 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.

3.1.3 Hospitalisation

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

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

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

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.

3.1.4 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 au 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 règlementation en vigueur.

3.1.5 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.

3.1.6 Autres postes

- **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 étiopathes, 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 française 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.

3.2 Contrôle médical ou administratif

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

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

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

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

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

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

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

3.3 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.**

4. Vie de la garantie Reflexio Essentiel

4.1 Cotisations

4.1.1 Fixation des cotisations

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

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

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

4.1.2 Paiement des cotisations

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

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

Les cotisations se règlent :

→ mensuellement d'avance lorsque les paiements s'effectuent par prélèvement automatique.
→ trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance lorsque les paiements s'effectuent par chèque.

Le premier règlement est nécessairement effectué par chèque et correspond au montant de la cotisation du premier mois.

Chaque année un appel de cotisation est adressé à l'adhérent par la mutuelle pour le paiement de la cotisation annuelle au 1er 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

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

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

4.2 Modification de la garantie

4.2.1 Modification par le conseil d'administration

Conformément aux dispositions des articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle, chaque garantie peut être modifiée à tout moment par le conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'assemblée générale.

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

4.2.2 Modification par l'adhérent et changement de situation

- **Changement de situation**

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

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

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

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

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

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

La demande doit être effectuée dans les 3 mois suivant l'événement (sur présentation d'un justificatif).

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

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

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

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

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

Pièces à fournir :

- *En cas de mariage ou de PACS : une photocopie de l'acte de mariage ou de l'attestation de PACS*
- *En cas de divorce ou de séparation :* une photocopie intégrale du livret de famille ou de l'acte de naissance ou de mariage comportant une mention sur le divorce ou la séparation de corps

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

4.3 Radiation d'un ayant-droit

- **Radiation à l'échéance**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Décès d'un ayant-droit**

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

4.4 Résiliation de la garantie

4.4.1 Résiliation par l'adhérent

- **Résiliation à l'échéance**

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

La lettre de résiliation est adressée à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une résiliation de l'adhésion en cours d'année est possible sur présentation par l'adhérent, 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'adhérent et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la MUTUELLE.

4.4.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations

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

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

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

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

5. Dispositions générales

5.1 Droit applicable – Langue

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

ANNEXE 1 : PRESTATIONS 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	**RE1**
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%
Forfait pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale [2]	20 €
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%
Chambre particulière	
En médecine ou chirurgie	-
En maternité	-
Lit d'accompagnant	-
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	100%
Orthodontie	
Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre	125%
OPTIQUE	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € [5]	
Monture + 2 verres simples	100 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	150 €
Monture + 2 verres complexes	200 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €
Monture + 2 verres très complexes	200 €
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 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale, par œil	100 €
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Accessoires auditifs	100%
Audio-prothèses par oreille	100%
PRÉVENTION	
Non prise en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien, psychothérapeute, [6] psychologue, pédicure-podologue, diététicien, étiopathe par acte, 60 € par an	30 €
Ostéodensitométrie osseuse par examen	25 €
Vaccins [2]	20 €
Assistance [7]	Incluse
Téléconsultation médicale [7]	Incluse
Protection juridique santé [7]	Incluse
PARTICIPATIONS	
Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite	-

(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	**RE2**
Honoraires médicaux	
Généraliste et spécialiste - DPTM [1]	175%
Généraliste et spécialiste - hors DPTM [1]	155%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM [1]	150%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM [1]	130%
Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM [1]	150%
Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM [1]	130%
Médicaments	100%
Forfait pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale [2]	20 €
Analyses et examens de laboratoire	175%
Honoraires paramédicaux	175%
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]	175%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM [1]	155%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée [3]	100% Frais Réels
Frais de séjour	175%
Chambre particulière	
En médecine ou chirurgie par jour, 30 jours par an	50 €
En maternité par jour, 30 jours par an	50 €
Lit d'accompagnant Enfant agé de - de 12 ans, par jour, 20 jours par an	17 €
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*	200%
Non pris en charge par la Sécurité sociale	
Implantologie par an [2]	200 €
Plafond annuel *prothèses et implants (au-delà remboursement du seul ticket modérateur)	1 000 €
Orthodontie	
Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre	175%
OPTIQUE	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € [5]	
Monture + 2 verres simples	230 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	260 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	260 €
Monture + 2 verres complexes	290 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	290 €
Monture + 2 verres très complexes	290 €
Suppléments et prestations optiques	Sans reste à charge
Lentilles	
Prises en charge par la Sécurité sociale [2]	Sécurité sociale + 80 €
Non prises en charge par la Sécurité sociale [2]	80 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale, par œil	250 €
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Accessoires auditifs	100%
Audio-prothèses par oreille	100%
PRÉVENTION	
Non prise en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien, psychothérapeute, [6] psychologue, pédicure-podologue, diététicien, étiopathe par acte, 120 € par an	30 €
Ostéodensitométrie osseuse par examen	25 €
Vaccins [2]	20 €
Assistance [7]	Incluse
Téléconsultation médicale [7]	Incluse
Protection juridique santé [7]	Incluse
PARTICIPATIONS	
Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite	200 €

(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	**RE3**
Honoraires médicaux	
Généraliste et spécialiste - DPTM [1]	225%
Généraliste et spécialiste - hors DPTM [1]	200%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM [1]	175%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM [1]	155%
Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM [1]	175%
Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM [1]	155%
Médicaments	100%
Forfait pilule contraceptive non prise en charge par la Sécurité sociale [2]	20 €
Analyses et examens de laboratoire	225%
Honoraires paramédicaux	225%
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]	225%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM [1]	200%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée [3]	100% Frais Réels
Frais de séjour	225%
Chambre particulière	
En médecine ou chirurgie par jour, 30 jours par an	70 €
En maternité par jour, 30 jours par an	70 €
Lit d'accompagnant Enfant agé de - de 12 ans, par jour, 20 jours par an	25 €
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*	250%
Non pris en charge par la Sécurité sociale	
Implantologie par an [2]	250 €
Plafond annuel *prothèses et implants (au-delà remboursement du seul ticket modérateur)	1 200 €
Orthodontie	
Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre	225%
OPTIQUE	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € [5]	
Monture + 2 verres simples	300 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	330 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	330 €
Monture + 2 verres complexes	360 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	360 €
Monture + 2 verres très complexes	360 €
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 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale, par œil	300 €
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% santé [4]	Sans reste à charge
Accessoires auditifs	100%
Audio-prothèses par oreille	100%
PRÉVENTION	
Non prise en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien, psychothérapeute, [6] psychologue, pédicure-podologue, diététicien, étiopathe par acte, 150 € par an	30 €
Ostéodensitométrie osseuse par examen	35 €
Vaccins [2]	20 €
Assistance [7]	Incluse
Téléconsultation médicale [7]	Incluse
Protection juridique santé [7]	Incluse
PARTICIPATIONS	
Allocation forfaitaire maternité par enfant, 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 : ASSISTANCE 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.

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**
2ème 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 égale à **24 heures** ou d'immobilisation au Domicile supérieure ou égale à **5 jours**)* **100 € maximum par Evènement** *(en cas d'Hospitalisation ambulatoire)*

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 Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : Hospitalisation.	
Présence auprès de l'enfant hospitalisé	**2 nuits d'hôtel maximum par Evènement à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, - par Evènement : Maternité.	
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**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOTHERAPIE OU RADIOTHERAPIE, ET TOUS TRAITEMENTS ONCOLOGIQUES Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s), - par Evènement : Traitement anticancéreux.	
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**
Enveloppe de services	**300 € TTC maximum par Evènement**
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIES REDOUTEES Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre : - par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s), - par Evènement : Maladies redoutées.	
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**

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 *(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)*	
▪ Recherche d'établissements spécialisés et réservation de lit	**250 € maximum par Evènement**
▪ **OU** Garde de l'Aidé	**20 h maximum par Evènement**
▪ **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**
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**

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 *(en cas de décès à **plus de 50 km** du Domicile)* Cercueil (modèle simple)	**Frais réels** **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**

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

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

PROTECTION JURIDIQUE SANTE

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

CFDP, C'EST...

L'EXPERTISE

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

L'INDÉPENDANCE

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

LA PROXIMITÉ

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

QU'EST-CE QUE LA PROTECTION JURIDIQUE ?

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

COMMENT DÉCLARER MON LITIGE À CFDP ASSURANCES ?

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

Par téléphone : 04 69 84 20 50

Par mail : gfm@cfdp.fr

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