



GROUPE FRANCE MUTUELLE

REGLEMENT MUTUALISTE OPERATIONS INDIVIDUELLES

Applicable au 1^{er} janvier 2025

(Validé en assemblée générale ordinaire du 20 juin 2024)

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité



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

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

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : GARANTIES	4
Article 1 : Nature des garanties.....	4
1.1. Garanties frais de santé.....	4
1.2. Garanties prévoyance et garanties d'assurance sur la vie (Obsèques).....	4
1.3. Garanties en inclusion.....	4
Article 2 : Cadre législatif et règlementaire des garanties.....	4
2.1. Garanties solidaires et responsables.....	4
2.2. Garanties non responsables.....	5
2.3. Base légale des garanties en inclusion.....	5
CHAPITRE 2 : ADHESION	6
Article 3 : Personnes assurées.....	6
3.1. Membres participants.....	6
3.2. Ayants droit.....	6
3.3. Cas des tutelles et curatelles.....	8
Article 4 : Modalités d'adhésion.....	8
4.1. Information et enregistrement de l'adhésion.....	8
4.2. Délais de renonciation.....	8
Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion et délais d'attente.....	9
Article 6 : Durée de l'adhésion.....	9
Article 7 : Evènements survenant en cours d'adhésion.....	10
7.1. Evolution des engagements à l'initiative de la Mutuelle.....	10
7.2. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation.....	10
Article 8 : Fin de l'adhésion.....	10
8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties.....	10
8.2. Radiation d'un ayant-droit.....	12
8.3. Radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle.....	13
Article 9 : Incidence de la déclaration inexacte.....	13
Article 10 : Signature électronique.....	14
Article 11 : Opposabilité des supports contractuels de la mutuelle et droit d'opposition du membre participant.....	14
CHAPITRE 3 : COTISATIONS	15
Article 12 : Affectation et fixation des cotisations.....	15
Article 13 : Evolution des cotisations.....	15
Article 14 : Paiement des cotisations.....	15
14.1. Principe d'exigibilité annuelle.....	15
14.2. Modalités de règlement des cotisations.....	15
Article 15 : Incidents de paiement.....	15
Article 16 : Conséquences du défaut de paiement des cotisations.....	15
CHAPITRE 4 : PRESTATIONS	17
Article 17 : Définition des prestations.....	17
17.1. Principe général.....	17
17.2. Rappel : spécificités relatives aux contrats responsables.....	17
Article 18 : Description des prestations.....	17
18.1. Prestations de prévention.....	17
18.2. Dentaire.....	18
18.3. Optique.....	19
18.4. Hospitalisation.....	20
18.5. Aides auditives.....	21
18.6. Matériel médical.....	21
18.7. Autres postes.....	21
Article 19 : Contrôle médical ou administratif.....	23
Article 20 : Exclusions générales.....	24
Article 21 : Modalités de remboursement des prestations.....	24
21.1. Télétransmission.....	24
21.2. Tiers payant.....	24
21.3. Pièces justificatives à fournir pour un remboursement.....	25
21.4. Prise en charge hospitalière.....	27
21.5. Règlement des prestations.....	28
Article 22 : Règles générales de remboursement des prestations.....	28

22.1	Prestations prises en charge	28
22.2	Déclaration tardive des demandes de remboursement	28
22.3	Fraude à l'assurance.....	28
22.4	Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties.....	28
22.5	Prestations indues.....	29
22.6	Recours subrogatoire.....	29
Article 23 : Attribution d'aides exceptionnelles à caractère médical		29
Article 24 : Maîtrise des dépenses de santé - Réseau de soins et devis		29
CHAPITRE 5: DISPOSITIONS GENERALES.....		30
Article 25 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme		30
Article 26 : Informatique et Libertés		30
Article 27 : Prescription.....		31
Article 28: Traitement des réclamations et saisine du médiateur.....		32
Article 29 : For juridique.....		32
Article 30 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution		32
CHAPITRE 6 : DEFINITIONS.....		33



REGLEMENT MUTUALISTE GROUPE FRANCE MUTUELLE

OPERATIONS INDIVIDUELLES

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité

Le présent règlement mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de la mutuelle est adopté par le conseil d'administration de la mutuelle, conformément aux articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle.

Il définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle, des engagements contractuels existant entre chaque membre et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle.

Le présent règlement est complété par des règlements particuliers (aussi dénommés fiches d'information). La fiche d'information assure l'articulation des principes généraux fixés par le présent règlement avec le contenu précis de la garantie qu'elle régit.

CHAPITRE 1 : GARANTIES

Article 1 : Nature des garanties

1.1. Garanties frais de santé

Les garanties individuelles frais de santé proposées par la mutuelle ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

1.2. Garanties prévoyance et garanties d'assurance sur la vie (Obsèques)

Les garanties individuelles prévoyance proposées par la mutuelle ont pour objet de protéger le membre participant et sa famille en cas d'accident de la vie courante. Ces garanties sont indépendantes des remboursements du régime obligatoire. Leurs prestations sont forfaitaires.

La garantie d'assurance sur la vie proposée par la mutuelle, permet en cas de décès du membre participant assuré, le versement d'un capital forfaitaire destiné au règlement des frais d'obsèques à destination du(des) bénéficiaire(s) désigné(s).

Les conditions, limites et modalités de ces garanties figurent dans la fiche d'information correspondante à laquelle il convient nécessairement de se référer.

1.3. Garanties en inclusion

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que les garanties susvisées dans les conditions de l'article 2.3 visé ci-après.

Article 2 : Cadre législatif et réglementaire des garanties

2.1. Garanties solidaires et responsables

Lorsque les garanties frais de santé s'inscrivent dans le cahier des charges du contrat responsable (loi n°2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 11 janvier 2019), celles-ci respectent:

- l'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion ;

- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire de 2€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
- l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour tous les actes de prévention pris en charge par le régime obligatoire ;
- La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% ;
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier et du forfait patient urgences sans limitation de durée (le cas échéant) ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou non un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la classe de prise en charge choisie, de la correction et de la complexité du verre correcteur ;
- La prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et/ou des maxima en fonction de la classe de prise en charge choisie et de l'âge du bénéficiaire ;
- La prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et/ou des maxima en fonction du panier de prise en charge choisie, du type de prothèse, du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent.

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

Par ailleurs, la mutuelle garantit à ses adhérents le bénéfice du mécanisme de tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limite de vente (PLV) et des honoraires limites de facturation (HLF) fixés par la réglementation en vigueur, pour les produits, soins et prestations de ces trois garanties issus du panier sans reste à charge dit « panier 100% Santé ».

Les garanties frais de santé solidaires et responsables bénéficient d'un taux de taxe de solidarité additionnelle minoré.

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au cahier des charges du contrat responsable, les changements des garanties concernées seront considérés comme immédiatement applicables nonobstant les clauses des règlements particuliers, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

2.2. Garanties non responsables

Lorsque les garanties frais de santé ne répondent pas aux conditions légales des contrats responsables, celles-ci sont soumises à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré. Ces garanties sont explicitement identifiées dans les fiches d'information.

2.3. Base légale des garanties en inclusion

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers

assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle.

En complément des garanties frais de santé, la mutuelle met à disposition des membres participants et le, cas échéant, de leurs ayants droit, un service de téléconsultation. Ce service permet de bénéficier de consultations médicales à distance dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique.

La mutuelle met également à disposition de ses membres participants, en complément des garanties frais de santé, un service de « protection juridique santé » ayant pour but de les aider et de les renseigner en cas de litige avec un tiers ou en cas de procédure de justice.

La fiche d'information remise aux membres participants définit l'ensemble de ces garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

CHAPITRE 2 : ADHESION

Article 3: Personnes assurées

3.1. Membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont nécessairement des personnes physiques.

Peuvent acquérir la qualité de membre participant, les personnes résidant régulièrement sur le territoire français (hors Nouvelle-Calédonie et Collectivités d'outre-mer-COM) et affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale français.

La mutuelle intervient également au profit :

- Des ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des Français de l'Etranger ou volontairement à un régime obligatoire de sécurité sociale français.
- Des frontaliers, dès lors que leur régime obligatoire ressort du droit français, indépendamment de leur lieu de résidence.

Les membres participants sont également dénommés « adhérents ».

3.2. Ayants droit

Est considérée comme ayant-droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- conjoint, concubin ou partenaire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du membre participant, 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.

Par concubinage on entend « l'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 ».

Le partenaire est la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

La mutuelle se réserve le droit de demander aux bénéficiaires inscrit au contrat du membre participant de justifier de leur qualité de conjoint, concubin ou partenaire de PACS, à l'adhésion au contrat. A défaut de justification, la personne ne pourra être inscrite au contrat du membre participant.

- Enfant(s) 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 France Travail (ex-Pôle Emploi) comme primo-demandeur d'emploi. (sur présentation d'un avis de situation de France Travail (ex-Pôle Emploi) du mois en cours ou précédent et d'une attestation France Travail (ex-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 28^{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 ayants 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 ayants droit de seize ans et plus peuvent être membres participants de la mutuelle sans intervention de leur représentant légal. Sauf refus exprès de leur part, ils peuvent être 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.

- Ascendant(s) à charge :

Si les garanties le prévoient, la mutuelle prend en charge l'ascendant à charge fiscalement du membre participant. L'ascendant est reconnu comme tel par la mutuelle si le bénéficiaire transmet un justificatif prouvant qu'il est rattaché au foyer fiscal du membre participant (ex : dernier avis d'imposition).

- **Ajout d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion**

L'affiliation d'un ayant-droit par le membre participant s'effectue à tout moment. L'affiliation est effective le 1er jour du mois suivant la réception des pièces justifiant de la qualité d'ayant-droit par la mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la mutuelle se réserve le droit d'enregistrer l'affiliation au plus tard le 1er jour du mois n+2 de la réception.

L'ajout d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion peut entraîner une modification du montant des cotisations du membre participant.

Les éventuels délais d'attente prévus dans les fiches d'information s'appliquent à son endroit (voir article 5 du présent règlement).

3.3. Cas des tutelles et curatelles

Des adhésions peuvent également être réalisées à la demande des services sociaux pour des personnes relevant de l'aide sociale. Il en est de même pour ce qui relève des tutelles et curatelles. Les documents justificatifs doivent être joints lors de l'adhésion et renouvelés si nécessaire.

Article 4 : Modalités d'adhésion

4.1. Information et enregistrement de l'adhésion

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

La mutuelle remettra avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste, le document d'information normalisé (dit « fiche IPID ») ainsi que la fiche d'information relative à la garantie souhaitée par le membre participant.

Le bulletin d'adhésion comporte notamment la date d'effet de l'adhésion, le nom et le niveau de garantie choisi.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion, à savoir :

- Photocopie recto-verso de la pièce d'identité, en cours de validité, du membre participant ainsi que, le cas échéant, de la personne qui se porte fort pour le membre participant,
- Attestation d'affiliation à l'Assurance Maladie, recto-verso, datant de moins de trois (3) mois pour chaque ayant droit,
- Relevé d'identité bancaire du membre participant ou, le cas échéant, de la personne qui se porte fort pour le membre participant,
- Mandat SEPA (en cas de prélèvement automatique) ;
- Document justifiant de la qualité d'ayant droit de la personne concernée, tel que précisé à l'article 3.2 du présent document (le cas échéant),
- Certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture (le cas échéant),
- Photocopie du certificat de scolarité, contrat d'apprentissage, contrat de professionnalisation ou contrat d'engagement de service civique de l'ayant droit (le cas échéant).

En cas de paiement fractionné prédéterminé, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1^{er} versement.

Chaque membre participant se voit communiquer, dès la confirmation de son adhésion, le certificat d'adhésion de la garantie qu'il a souscrite. Celui-ci comprend notamment une référence adhérent, référence spécifique à la mutuelle. **Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la mutuelle.**

4.2. Délais de renonciation

Les délais de renonciation sont ceux prévus par la loi:

- **Garanties frais de santé et prévoyance**

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 réceptionnée(s).

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

- **Modalités de la renonciation**

Dans tous les cas, la lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

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

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 : commercial@francemutuelle.fr.

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 »*

Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion et délais d'attente

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 est parfaite lors de l'encaissement du 1^{er} versement par le débit immédiat du compte du nouveau membre participant.

Sous réserve des éventuels délais d'attente précisés dans la fiche d'information, les garanties s'appliquent à la date d'effet de l'adhésion. **A l'exception de la prise en charge éventuelle du ticket modérateur, toutes prestations, quelle que soit leur durée, qui débutent ou se terminent pendant le délai d'attente ne donnent lieu à aucune indemnisation. Aucun remboursement au prorata ne sera alors effectué.**

Le nouveau membre participant est exempté des délais d'attente indiqués sur le tableau des prestations de la fiche d'information lorsqu'il produit, à l'appui de la souscription de son bulletin d'adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture. Pour pouvoir bénéficier de cette dispense en matière d'implants dentaires, le nouveau membre participant qui produit un certificat de radiation du précédent organisme assureur devra également fournir tout document justifiant de la prise en charge d'implants dentaires au titre de son précédent contrat.

Les nouveaux ayants droit (sauf présentation du certificat de radiation visé ci-dessus) et enfants inscrits au-delà des 3 mois de leur naissance sont soumis aux délais d'attente, lorsque ceux-ci sont prévus dans la garantie souscrite par le membre participant (voir article 3.2 du présent règlement).

Article 6 : Durée de l'adhésion

L'adhésion individuelle à la mutuelle court à compter de la date d'effet fixée à l'article 5 susvisé pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 8 du présent règlement.

L'adhésion est maintenue tant que le membre participant s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite.

Article 7: Evènements survenant en cours d'adhésion

7.1. Evolution des engagements à l'initiative de la Mutuelle

Toute modification des statuts, règlements et garanties décidée par l'assemblée générale ou le conseil d'administration, prend effet à condition d'être portée à la connaissance des membres participants à l'échéance suivant la prise de décision (articles L.114-17 et L.221-5 du Code de la mutualité).

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.

7.2. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation

- **Changement de situation**

Le membre participant 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 du membre participant**

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.

Sauf mentions contraires indiquées dans la fiche d'information, 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, le membre participant remplit un bulletin disponible sur simple demande auprès de la mutuelle.

Les éventuels délais d'attente définis à l'article 5 du présent règlement seront appliqués sur les prestations améliorées. Le membre participant conserve pendant ce délai le droit à ses anciennes prestations.

Article 8: Fin de l'adhésion

8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties

- **Résiliation à l'échéance**

Le membre participant peut mettre fin à l'adhésion en fin d'année civile en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité à la mutuelle au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours, l'effet étant le 1^{er} janvier de l'année suivante.

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, le membre participant 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 en a reçu notification par le membre participant.

Le membre participant 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 au membre participant 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 le membre participant 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 conditions d'adhésion (L221-17 du Code de la mutualité)**

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques **en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.**

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans **les trois mois** suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

- **Cas particuliers**

Affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire

A l'exception des garanties individuelles prévoyance et d'assurance sur la vie (obsèques), il est dérogé au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant est obligé d'adhérer à un régime d'assurance complémentaire santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire.

Le membre participant transmet à la mutuelle, au plus tard dans les trois (3) mois suivant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, une attestation de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat, son mode et sa date de mise en place ainsi que les bénéficiaires concernés.

Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

Départ à l'étranger

Il peut être mis fin à l'adhésion du membre participant, en dehors de l'échéance annuelle, lorsque celui-ci part s'établir à l'étranger. Ce motif dérogatoire de résiliation sera retenu par la mutuelle sous réserve de la présentation d'au moins un des justificatifs suivants :

- photocopie de l'acte de propriété ou du contrat de location de plus de 6 mois à l'étranger,
- photocopie du contrat de travail ou de mission d'une durée de plus de 6 mois à l'étranger.

Bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Le membre participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, s'il bénéficie de la CSS et sur présentation de l'attestation d'ouverture des droits.

Pour la mise en jeu des causes dérogatoires de résiliation susvisées, le membre participant formule sa demande à la mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation est effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier par la mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la mutuelle se réserve le droit de réaliser la radiation au plus tard le 1^{er} jour du mois n+2 de la réception.

• Décès du Membre participant

Les membres participants cessent d'être garantis à compter du premier jour suivant leur décès.

La fraction de cotisation afférente à la période postérieure à la date de décès est alors 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). Cette somme peut également être portée en acompte sur le contrat du conjoint survivant devenu membre participant.

En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après acceptation et signature d'un nouveau bulletin d'adhésion, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès de la personne décédée.

• Effets

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour l'ensemble des ayants droit.

Dès la cessation des garanties, le membre participant s'engage expressément à ne plus utiliser et à restituer ses cartes de tiers payant à la mutuelle (Voir article 21.2 relatif au tiers payant).

8.2. 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 lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité à la mutuelle, au moins deux (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 du membre participant, 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 (voir article 7.2 du présent règlement). 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.

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 relatif aux pièces justificatives).

8.3. Radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle

- **Radiation du membre participant pour défaut de paiement des cotisations**

La mutuelle peut résilier la garantie et procéder à la radiation du membre participant en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues aux articles 14.1 et 16 du présent règlement.

- **Exclusion**

Peuvent être exclus les membres participants qui ont commis de fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées telle que prévue à l'article L.221-14 du Code de la mutualité quand ces fausses déclarations changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour la mutuelle quand bien même le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui, en sus, a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Peuvent en outre être exclus, les membres qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle. Il est notamment porté atteinte aux intérêts de la mutuelle lorsqu'il est sciemment utilisé, au moment de la souscription et/ou 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 procédure d'exclusion est décrite à l'article 11 des statuts de la mutuelle.

Article 9 : Incidence de la déclaration inexacte

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée :

- avant toute réalisation du risque, la mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation.

À défaut d'accord du membre participant, la garantie prend fin dix (10) jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus.

- après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 10 : Signature électronique

La signature électronique proposée par la mutuelle, constitue un procédé technologique d'identification de l'adhérent qui accepte de donner son consentement en ligne pour l'adhésion de la garantie d'assurance. Elle permet d'établir un lien entre l'assuré, son consentement et la garantie d'assurance (bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information, document d'information normalisé (dit « fiche IPID ») et statuts de la mutuelle) souscrit en ligne, auquel ce dernier se rattache.

Elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies à l'assuré, dont les documents contractuels (bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information) transmis sur support durable via le site de la mutuelle, à l'adresse e-mail et/ou sur son espace personnel, conservées dans les systèmes de gestion de la mutuelle ou de ses prestataires. Seules ces informations ont valeur probante en cas de contestation de l'assuré sur leur contenu (devis, bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information), leur durée de validité ou le tarif de la garantie d'assurance et lui seront opposables.

Au moment où il donne son consentement définitif, un sms contenant un code est automatiquement adressé à l'adhérent sur le numéro de téléphone portable qu'il a déclaré préalablement. Ce code est généré automatiquement par le Tiers de confiance. Pour rendre effective la signature électronique du document, l'adhérent doit saisir le code reçu dans le champ correspondant.

Il est précisé que le paiement en ligne et/ou l'utilisation de la signature électronique valent consentement de la part de l'assuré à la conclusion de la garantie d'assurance.

Article 11 : Opposabilité des supports contractuels de la mutuelle et droit d'opposition du membre participant

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment.

Le membre participant peut, en outre, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

Article 12 : Affectation et fixation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

À cette cotisation peuvent s'ajouter les 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.

En plus de sa cotisation, le membre participant 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.

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.

Article 13 : Evolution des cotisations

Les montants ou taux de cotisations sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur, des dispositions générales de la sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la mutuelle procède sans délai à leur révision.

Les ajustements de cotisations votés par le conseil d'administration de la mutuelle seront portés à la connaissance du membre participant conformément aux dispositions de l'article 7.1 énuméré ci-avant. Par leur notification, ils s'imposeront alors à celui-ci.

Article 14 : Paiement des cotisations

14.1. Principe d'exigibilité annuelle

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance. Toutefois, à la demande du membre participant, son règlement peut être fractionné selon les modalités exposées ci-dessous.

14.2. Modalités de règlement des cotisations

A l'exception du premier règlement qui parfait l'adhésion, les cotisations peuvent être acquittées en fonction du fractionnement possible retenu (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel), à la date d'exigibilité fixée lors de l'adhésion, dans les conditions particulières.

Le paiement s'effectue au moyen d'un prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant ou par virement, par chèque ou carte bancaire sur l'Espace adhérent ou le site Internet de la mutuelle.

Le recours au prélèvement automatique est **obligatoire** en cas de fractionnement mensuel.

A l'exception du prélèvement automatique, le paiement des cotisations est exigible au 1^{er} jour de chaque échéance.

Article 15 : Incidents de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».
- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées.

Article 16 : Conséquences du défaut de 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 dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi d'une mise en demeure au membre participant. Dans le 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 les garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation.

Tout membre participant radié pour cause de cotisations impayées peut demander à nouveau son adhésion à la mutuelle dès lors qu'il régularise son passif vis-à-vis de la mutuelle. Ce passif correspond aux cotisations arriérées, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement et les prestations indument perçues.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

Article 17 : Définition des prestations

17.1. Principe général

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

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

Lorsqu'ils ne sont pas exprimés en montant, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire.

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 ainsi que dans la limite définie à l'article 22.4 du présent document (caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties).

Les montants ou taux de remboursement de la mutuelle des prestations sont présentés dans les tableaux de prestations des fiches d'information.

Sauf mentions contraires dans les tableaux de prestations des fiches d'information, les actes non pris en charge par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun remboursement.

17.2. 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 adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM).

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels adhérant à un tel dispositif peut être 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 n'est 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.

Article 18 : Description des prestations

18.1. Prestations de prévention

Les garanties de la mutuelle contiennent, à l'exception des cas précisés dans la fiche d'information, 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.

18.2. 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 d'orthodontie 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).

Lorsque le niveau de garantie souscrit le prévoit, 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.

- **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), le membre participant 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 au membre participant 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).

18.3. 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.

18.4. Hospitalisation

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

- d'une hospitalisation ambulatoire,
- 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 le niveau indiqué aux fiches d'information, 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 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 forfait patient urgences lorsque les garanties répondent aux exigences du contrat responsable
- 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 coffre-fort ou d'un box, la mise à disposition 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 (cf infra).

- **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.

18.5. Aides auditives

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

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

18.6. 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.

18.7. Autres postes

- **Forfait médicaments/ homéopathie non pris en charge par la sécurité sociale, dont vaccins, masques sanitaires, tests « RT-PCR», contraception ou pilules contraceptives**

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 » 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/reference/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. Sauf information contraire indiquée dans la fiche d'information, ils sont remboursés sur présentation d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

La mutuelle prend également en charge les tests virologiques dit « RT-PCR » 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.

- **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.

- **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 ».**

- **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.

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

- **Cure de thalassothérapie refusée par la sécurité sociale**

Les cures thermales refusées par la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une prise en charge forfaitaire sous le libellé de garantie « Cure de thalassothérapie ».

- **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 nicotiniques.

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.

- **Participation aux frais d'obsèques**

Pour les frais d'obsèques éventuellement inclus dans les garanties santé et précisés dans la fiche d'information ou le tableau des prestations (exclusion faite de la garantie spécifique souscrite à cet effet dont les conditions sont précisées dans la fiche d'information), la participation de la mutuelle est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense.

En cas de paiement des frais par prélèvement sur le compte du défunt dans les conditions définies à l'article L312-1 du Code monétaire et financier, la participation de la mutuelle est versée :

- au notaire, sur présentation de la facture acquittée par prélèvement sur le compte du défunt, en cas de succession en présence d'un notaire,
- à l'héritier qui en fait la demande, sur présentation de la facture acquittée par prélèvement sur le compte du défunt et des justificatifs correspondants (article 21.3 du présent document), en cas de succession en l'absence d'un notaire.

La mutuelle ne rembourse pas la part des frais d'obsèques qui a été prise en charge par un ou plusieurs autres contrats d'assurances, notamment les frais réglés par le contrat « obsèques » du défunt.

La participation aux frais d'obsèques présente un caractère indemnitaire et ne correspond en aucun cas à un capital décès.

- **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 française 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.

Article 19 : 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 membre participant demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations. Au cours de ce contrôle médical, l'assuré pourra se faire assister par le médecin de son choix.

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 prises 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 présent règlement).

Article 20 : 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.

Article 21 : Modalités de remboursement des prestations

21.1 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 du membre participant 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, le membre participant 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.

21.2. Tiers payant

- La carte de tiers payant France Mutuelle

La carte de tiers payant France Mutuelle permet au membre participant 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 France Mutuelle donne également accès au réseau de soins de la Mutuelle.

A la cessation des garanties, le membre participant 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 conformément à l'article 22.5 du présent règlement. En cas d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant 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 au membre participant 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.

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

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

Prestations		Pièces à fournir	
		<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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire.

<u>Actes remboursés par le RO* (suite)</u>	Hospitalisation (suite)	<ul style="list-style-type: none"> Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes 	<ul style="list-style-type: none"> Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes
	Equipement optique (monture et verres)	<ul style="list-style-type: none"> Copie de la prescription médicale Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Copie de la prescription médicale Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et verres) – si évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et verres) – cas d'évolution de la réfraction liée à des situations particulières (telles que listées à l'article 18.3 du présent règlement)	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance mentionnant ces cas particuliers. Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance 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 et le n° des dents.
	Orthodontie acceptée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée précisant notamment le type de traitement et sa périodicité 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Facture détaillée et acquittée précisant notamment le type de traitement et sa périodicité
<u>Actes non remboursés par le RO*</u>	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, la marque des lentilles et le nombre de boîtes délivrées. Copie de la prescription médicale 	
	Orthodontie refusée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée semestrielle (annuelle en cas de contention) précisant notamment le type de traitement et sa périodicité** 	
	Analyses médicales	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire. Copie de l'ordonnance 	

<u>Actes non remboursés par le RO* (suite)</u>	Médecines alternatives	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée établie, pour chaque séance, présentant le nom et prénom du bénéficiaire, la qualité et les diplômes du professionnel.
	Autres actes	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical.
<u>Allocations</u>	Allocation maternité	<ul style="list-style-type: none"> Acte de naissance de l'enfant
<u>Frais non remboursés par le RO*</u>	Participation aux frais d'obsèques	<ul style="list-style-type: none"> Acte de décès Facture nommément acquittée des frais d'obsèques Copie d'une pièce d'identité en cours de validité et RIB du ou des personnes ayant acquitté les frais d'obsèques Justificatifs supplémentaires en cas de prélèvement sur le compte du défunt : Coordonnées du notaire en charge de la succession (le cas échéant) En l'absence de notaire : attestation de porte-fort, copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant le lien de parenté, certificat d'hérédité ou copie d'une pièce d'identité en cours de validité et RIB de la personne qui se porte fort (le cas échéant)
<u>Restitution du prorata des cotisations en cas de décès du membre participant</u>		<ul style="list-style-type: none"> Acte de décès Coordonnées du notaire en charge de la succession En l'absence de notaire : Certificat d'hérédité ou copie de la pièce d'identité Copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant le lien de parenté Attestation de porte fort en cas d'héritiers multiples.

*Régime obligatoire

**A transmettre sur demande de la mutuelle

Les pièces justificatives seront adressées à :

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

21.4 Prise en charge hospitalière

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

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

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

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

- Les nom, prénom, numéro d'adhérent de la personne concernée,

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

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

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

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

21.5 Règlement des prestations

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

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

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

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

Article 22 : Règles générales de remboursement des prestations

22.1 Prestations prises en charge

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

22.2 Déclaration tardive des demandes de remboursement

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

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

22.3 Fraude à l'assurance

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

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

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

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

22.4 Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties

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

En cas de régularisation ultérieure du régime obligatoire, le membre participant **s'engage expressément** à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

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

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

22.5 Prestations indues

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

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu. Cette retenue peut s'effectuer sur une période de 5 ans maximum à compter de la date de versement de la prestation indue par la mutuelle.

22.6 Recours subrogatoire

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

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

Article 23 : Attribution d'aides exceptionnelles à caractère médical

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

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

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

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

CHAPITRE 5: DISPOSITIONS GENERALES

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

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

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

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

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

Article 26 : Informatique et Libertés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 : dpo@francemutuelle.fr

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

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

Article 27 : Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

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

Article 28: Traitement des réclamations et saisine du médiateur

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

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

Lorsque la réclamation est formulée oralement, si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée, il doit alors formuler son insatisfaction au moyen d'un écrit.

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

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le réclamant 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

Le Médiateur ne peut intervenir que :

- si le réclamant a préalablement formulé une réclamation écrite auprès de la Mutuelle
- si le réclamant effectue sa saisine dans le délai d'un (1) an après cette réclamation écrite

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

Article 29 : For juridique

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

Article 30 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

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

CHAPITRE 6 : DEFINITIONS

100% Santé

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

Accident

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

Actes courants

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

Adhérent

Voir définition « membre participant ».

Aides auditives

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

Ayant droit

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

Assuré

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

Autorité médicale

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

Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)

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

On parle de :

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

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

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

Bénéficiaire

Personne bénéficiant des prestations de la mutuelle.

Délai d'attente (ou délai de carence)

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

Discipline médico-tarifaire (DMT) :

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

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

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

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

Ce terme générique regroupe :

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

Forfait journalier hospitalier

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

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

Forfait patient urgences

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

Frais d'obsèques

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

Franchises médicales

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

- 1€ par boîte de médicament ;
- 1€ par acte paramédical dans la limite de 4€ par jour pour le même bénéficiaire ;
- 4€ par transport sanitaire dans la limite de 8€ par jour pour le même bénéficiaire,

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

Honoraires paramédicaux

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

Hospitalisation

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

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente

entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Matériel médical :

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

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

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

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

Membre participant

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

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

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

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

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

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 coordonnés

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

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

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

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les

ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Participation forfaitaire à 2 Euros

La participation forfaitaire à 2€ 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 participation forfaitaire est plafonné à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS ou de l'aide médicale de l'Etat et les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas la participation forfaitaire.

Prescription médicale

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

Régime obligatoire

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

Reste à charge

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

Sécurité sociale

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

Tarif opposable

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

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire de 2 euros ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, audiologie et appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

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

Tiers Payant

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

NOUS CONTACTER

Pour l'application de la Loi Informatique et Libertés :

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

Pour les réclamations :

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

Pour faire usage de votre délai de renonciation :

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

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

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

Pour toutes autres questions :

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

09 77 42 43 44

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

