



GUIDE DE L'ADHÉRENT

GROUPE FRANCE MUTUELLE

2023



BIENVENUE

Cher(e) adhérent(e),

Vous bénéficiez actuellement d'un contrat de complémentaire santé en tant qu'adhérent de Groupe France Mutuelle.

Nous vous remercions de votre confiance et nous nous attachons à vous apporter au quotidien des avantages et services de qualité.

Groupe France Mutuelle place la satisfaction de ses adhérents au cœur de toutes ses actions.

Dans le but de vous donner le meilleur accès possible à l'information, nous mettons à votre disposition ce guide de l'adhérent.

Vous y trouverez les renseignements nécessaires sur votre mutuelle, les avantages et les services auxquels vous pouvez prétendre, les modalités pratiques d'adhésion et de remboursement, les garanties, les produits de prévoyance, d'assurance-vie et d'épargne que nous sommes en mesure de vous proposer.

Gardez-le précieusement, il vous aidera dans nos relations tout au long de la vie de votre contrat.

SOMMAIRE

	MESSAGE DE BIENVENUE.....	2
1	COMMENT BIEN UTILISER VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ...	4
	Son fonctionnement.....	4
	Le parcours de soins.....	5
	Le tiers payant.....	8
	Ma carte de tiers payant.....	9
	La télétransmission.....	10
2	VOS REMBOURSEMENTS.....	11
	Décompte de prestations.....	11
	Prise en charge hospitalière.....	12
	Pièces justificatives.....	12
3	ESPACE ADHÉRENT ET APPLICATION MOBILE.....	14
4	CONSEILS ET INFORMATIONS PRATIQUES.....	17
5	VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES.....	19
	Changement de situation.....	19
6	LES SERVICES.....	22
	Assistance au quotidien.....	22
	Téléconsultation médicale.....	23
	Réseau de soins.....	24
	Protection juridique santé.....	26
	Action sociale.....	27
7	LES AVANTAGES.....	28
	Parrainage.....	28
	Magazine trimestriel.....	28
	Action culturelle.....	29
	Location de résidence.....	29
	HappyVisio.....	30
8	POUR ALLER PLUS LOIN.....	31
	Découvrez BVR.....	31

PARTIE 1 - COMMENT BIEN UTILISER VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

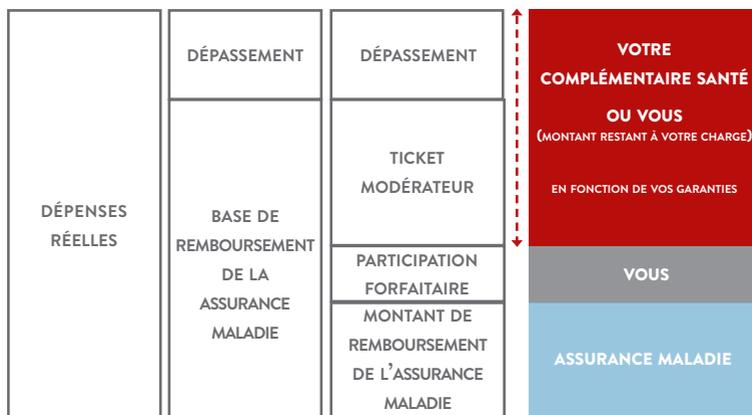
I- SON FONCTIONNEMENT

Une complémentaire santé vous permet d'être remboursé suite à des dépenses de santé. Son rôle est de compléter la prise en charge de l'Assurance Maladie.

En effet, généralement, l'Assurance Maladie ne rembourse pas l'intégralité de vos dépenses de santé : elle définit des bases de remboursement auxquelles elle applique un niveau de remboursement (70% pour un médecin généraliste, par exemple).

Il reste donc à votre charge une partie des dépenses engagées, que la complémentaire va rembourser, totalement ou partiellement, selon le niveau de garantie que vous avez souscrit.

La complémentaire santé permet d'assurer un bon accès aux soins, puisqu'elle en réduit les coûts, notamment lors de dépenses conséquentes telles que des travaux dentaires, optiques, ou encore dans le cas d'une hospitalisation.



QU'EST-CE QUE LE RESTE À CHARGE ?

DÉPENSE - REMBOURSEMENT = RESTE À CHARGE

C'est le montant qui reste à votre charge une fois que votre Caisse d'Assurance Maladie et votre complémentaire santé vous ont remboursé.

La réforme 100% santé vise notamment à supprimer le reste à charge en optique, dentaire et audiology.

II- LE PARCOURS DE SOINS



Le parcours de soins est un circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé selon les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie de plus de 16 ans.

Vous êtes considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés si :

- ✓ Vous avez déclaré votre médecin traitant auprès de votre Caisse d'Assurance Maladie
- ✓ Vous consultez votre médecin traitant ou son remplaçant en première intention
- ✓ Vous consultez un autre médecin, désigné « médecin correspondant », sur orientation de votre médecin traitant

QUI EST LE MÉDECIN TRAITANT ?

Votre médecin traitant est celui qui vous soigne régulièrement. C'est lui que vous consultez en premier pour un avis sur votre santé, qui s'assure que votre suivi médical est optimal. Votre médecin traitant vous oriente dans le parcours de soins coordonnés. Il est votre interlocuteur privilégié, il vous informe et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (autres médecins spécialistes par exemple).

Votre médecin traitant établit le protocole de soins que vous suivrez si vous êtes atteint d'une affection de longue durée. Il le construit en concertation avec les autres médecins qui suivent votre maladie afin que vous soyez bien informé sur les actes et les prestations qui vous sont nécessaires.

QUI EST LE MÉDECIN CORRESPONDANT ?

Votre médecin traitant peut vous orienter vers un autre médecin. Ce dernier est alors appelé « médecin correspondant ». Deux situations peuvent se présenter. Votre médecin traitant vous oriente :

- ✓ Vers un autre médecin pour des soins réguliers (exemple : un cardiologue), on parle alors de suivi régulier
- ✓ Vers un spécialiste pour un avis ponctuel

QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE UN MÉDECIN EXERÇANT EN SECTEUR 1, UN MÉDECIN ADHÉRENT AU DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTM) OU UN MÉDECIN EN SECTEUR 2 ?

La différence porte sur les tarifs que ces médecins peuvent pratiquer :

- ✓ Un médecin qui exerce en **secteur 1** est « conventionné ». Il applique un tarif fixe dit « conventionnel » défini par l'Assurance Maladie. Il n'est autorisé à pratiquer un dépassement d'honoraires que pour une demande particulière comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin
- ✓ Un médecin qui exerce en **secteur 2** est « conventionné, honoraires libres ». Il fixe lui-même ses tarifs et est autorisé à pratiquer « avec tact et mesure » des dépassements d'honoraires. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie

QU'EST-CE QUE LE DPTM ?

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée a fait son apparition en janvier 2017. Ce dispositif vise notamment à encadrer les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2, à savoir des professionnels de santé conventionnés pratiquant les honoraires libres.

Vous avez dit OPTAM ?

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée se concrétise sous l'appellation OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée). Il s'agit d'un contrat signé entre l'Assurance Maladie et des médecins conventionnés exerçant justement en secteur 2. L'OPTAM-CO concerne les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique. OPTAM et OPTAM-CO sont désormais regroupés sous l'appellation DPTM.



Savez-vous qu'en vous connectant sur Ameli.fr, vous pouvez voir si votre médecin est adhérent à OPTAM/DPTM ?

Pourquoi un tel dispositif ?

L'OPTAM et l'OPTAM-CO permettent notamment aux médecins de secteur 2 de bénéficier de tarifs majorés pour leurs actes à condition de respecter un taux de dépassement d'honoraires moyen, défini et limité. Ce dispositif répond à la maîtrise des dépenses de santé : la réduction du reste à charge pour les patients et la maîtrise des déficits de l'Assurance Maladie.

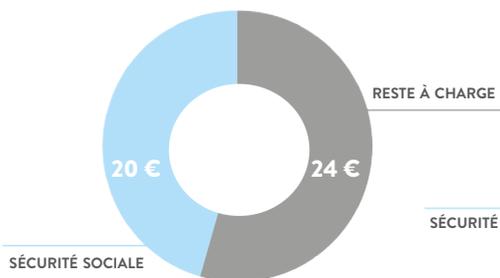
Quel est votre principal avantage ?

Les deux dispositifs, OPTAM et OPTAM-CO, vous assurent un meilleur niveau de prise en charge de vos consultations chez un médecin de secteur 2 par votre mutuelle. Si vous optez pour un médecin signataire OPTAM ou OPTAM-CO, le remboursement des dépassements d'honoraires par votre complémentaire santé sera pris en charge intégralement ou en partie selon vos garanties. En revanche, si le médecin n'est pas adhérent à ce dispositif, le remboursement des dépassements d'honoraires sera plafonné.



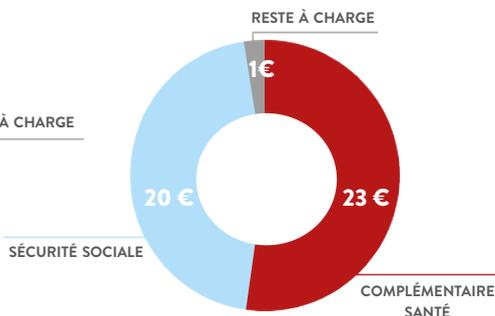
EXEMPLE : UNE CONSULTATION DE SPÉCIALISTE AVEC UN PRIX MOYEN PRATIQUÉ DE 44,00 €

SANS COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



RESTE À CHARGE = 24,00 €

AVEC COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



RESTE À CHARGE = 1,00 €



Savez-vous que vous pouvez télécharger votre tableau de garanties sur votre espace adhérent ou avec l'application France Mutuelle ?

QUE SE PASSE-T-IL SI JE SUIS HORS DU PARCOURS DE SOINS ?

Vous êtes hors du parcours de soins coordonnés si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant ou si vous consultez directement un autre médecin que votre médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Vous serez moins bien remboursé par l'Assurance Maladie (30% de la base de remboursement au lieu des 70% appliqués dans le cadre du parcours de soins).

III- LE TIERS PAYANT

Rappelons son principe de base : vous n'avancez pas d'argent chez les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, cependant cela ne signifie pas la gratuité des soins. L'Assurance Maladie rembourse directement sa participation au professionnel de santé et la mutuelle lui rembourse, le cas échéant, la part correspondant au ticket modérateur (TM).

Si le professionnel de santé pratique un dépassement d'honoraires, vous devez avancer le montant de ce dépassement ; il n'y aura pas de tiers payant sur cette partie de la dépense. Si vos garanties le prévoient et sur présentation de la facture acquittée, ce dépassement d'honoraires pourra vous être remboursé, totalement ou partiellement par votre mutuelle.

QUELS PROFESSIONNELS DE SANTÉ PRATIQUENT LE TIERS PAYANT ?

Tous les professionnels de santé reconnus par l'Assurance Maladie peuvent pratiquer le tiers payant. Néanmoins, ils n'y sont pas obligés. Actuellement, le dispositif est proposé en pharmacie, chez les opticiens du réseau de soins, les laboratoires d'analyses, les centres d'imagerie médicale, les professions paramédicales et les centres médicaux. Ces praticiens ont signé avec Groupe France Mutuelle, par l'intermédiaire d'Almerys, des accords départementaux et des conventions qui vous dispensent d'avance de frais.



Savez-vous que vous pouvez géolocaliser les partenaires santé du réseau de soins depuis votre espace adhérent ou avec l'application France Mutuelle ?

IV- MA CARTE DE TIERS PAYANT

Groupe France Mutuelle met à votre disposition, chaque année, une carte de tiers payant mutualiste qui atteste également de votre adhésion à notre organisme. Elle vous est indispensable pour bénéficier du tiers payant auprès des pharmaciens, des centres médicaux et hospitaliers et des œuvres mutualistes.

Nom et prénom de l'assuré **Réseau de soins** **Date de début et de fin de validité de la carte**

Référence adhérent

Prestations ouvertes au tiers payant

Taux de prise en charge Assurance Maladie + complémentaire santé

Assuré	Almerys	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Nom Prénom	ADMINYANT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nom Prénom	ADMINYANT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nom Prénom	ADMINYANT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Nom Prénom	ADMINYANT	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

À QUOI SERT VOTRE CARTE DE TIERS PAYANT ?

Pour le remboursement de vos frais de santé, vous disposez de deux cartes. D'une part, votre carte Vitale délivrée par l'Assurance Maladie qui sert à la prise en charge d'une partie de vos dépenses selon une base de remboursement (BR) fixe, d'autre part, votre carte de tiers payant Groupe France Mutuelle qui permet le remboursement à hauteur du ticket modérateur. La présentation de votre carte de tiers payant vous dispense d'avancer les frais chez les professionnels de santé. Vos dépenses de santé sont alors directement prises en charge par votre caisse d'Assurance Maladie et par Groupe France Mutuelle.



Savez-vous que vous pouvez télécharger et imprimer un duplicata de votre carte de tiers payant sur votre espace adhérent ou avec l'application France Mutuelle ?

V- LA TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange Maladie entre les Intervenants Extérieurs) permet l'échange d'informations entre votre Mutuelle et l'Assurance Maladie.

Le remboursement complémentaire de vos soins « courants » est automatique dans un délai réduit (à compter du remboursement de votre Caisse d'Assurance Maladie).



Je souhaite bénéficier de la télétransmission :

- ✓ Adressez à Groupe France Mutuelle la copie de votre attestation de droits Sécurité sociale (datant de moins de 3 mois) et éventuellement, celle de vos ayants droit
- ✓ Pour vérifier que la télétransmission soit active, le message suivant doit apparaître sur votre décompte de Sécurité sociale : « ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'Assurance Maladie à votre organisme complémentaire Groupe France Mutuelle ». Vous pouvez également le vérifier sur : www.ameli.fr, rubrique « Mon compte »

En cas de changement de situation, comment continuer à bénéficier de la télétransmission ?

Pour continuer à bénéficier de la télétransmission, signalez-nous tout changement lors des événements suivants :

- ✓ Modification du département de résidence
- ✓ Modification de Régime Obligatoire (exemples : salariés, régime des travailleurs non salariés, travailleurs agricoles, etc.)
- ✓ Départ à la retraite



Savez-vous qu'en bénéficiant de la télétransmission, les remboursements sont effectués dans un délai réduit ?

Ainsi vous êtes remboursé plus aisément et surtout plus vite !

PARTIE 2 - VOS REMBOURSEMENTS

I- DÉCOMPTE DE PRESTATIONS

Les décomptes de prestations vous permettent de connaître dans le détail, tous vos remboursements.

Vous pouvez télécharger vos décomptes via votre espace adhérent, votre application mobile, ou bien les recevoir par courrier (envoi mensuel).

Le décompte de prestations reprend la date des soins, la nature de la prestation, la dépense engagée, le remboursement effectué par votre Régime Obligatoire et le montant remboursé par Groupe France Mutuelle. Sont également indiqués votre numéro d'adhérent, le prénom et le nom du bénéficiaire des soins.

Lorsque le remboursement est effectué sur votre compte bancaire, nous indiquons le montant et la date du virement.

Lorsque le remboursement ne vous est pas directement destiné, nous indiquons le montant et le desinataire du virement (exemple : Hôpital Armand Briard) ainsi que la date à laquelle nous l'avons réglé.

Ce relevé reprend l'ensemble des remboursements effectués jusqu'au dernier jour du mois.

EXEMPLES :

Vos remboursements de soins					
Dates	Nature des prestations	Montant dépensé	Remboursement Caisse maladie	Complémentaires Autres	Montant Remboursé
XX/XX/XXXX	NOM PRENOM ACTE D'IMAGERIE (CCAM)	XX,XX €	XX,XX €	XX,XX €	XX,XX €
XX/XX/XXXX	NOM PRENOM ACTE D'IMAGERIE (CCAM)	XX,XX €	XX,XX €	XX,XX €	XX,XX €
Total : XX,XX € Virement de XX,XX € le XX/XX/XXXX sur votre compte					



Savez-vous que chaque mois, un nouveau décompte détaillant les prestations payées est téléchargeable sur votre espace adhérent ou avec l'application France Mutuelle ?

II- PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Hospitalisation, ce que vous devez savoir

Pour une hospitalisation programmée, le professionnel de santé doit prendre contact avec ALMERYS, avant votre date d'entrée, par l'un des moyens suivants :

Coordonnées à destination des professionnels de santé



Par téléphone : 0 825 826 214



Via leur site internet : www.almerys.com

N° préfectoral : 98532001

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

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

- ✓ Les nom, prénom, référence 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.

III- PIÈCES JUSTIFICATIVES

ACTES REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE



HOSPITALISATION

- ✓ Original de la facture détaillée et acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire
- ✓ Copie du bulletin d'hospitalisation (facultatif)
- ✓ Note d'honoraires détaillée et acquittée du chirurgien et de l'anesthésiste



LUNETTES

- ✓ Copie de la prescription médicale
- ✓ Facture détaillée et acquittée, et acte associé à la prescription médicale

LUNETTES SUITE À UNE ÉVOLUTION DE LA VUE

- ✓ Copie de l'ancienne et de la nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue
- ✓ Facture détaillée et acquittée, et acte associé à la prescription médicale

Dans le cas où l'ensemble de ces actes n'ont pas bénéficié de la télétransmission, il est nécessaire de nous transmettre le décompte du Régime Obligatoire sur lequel figure le détail des dépenses et actes à rembourser.

ACTES NON REMBOURSÉS PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE



LENTILLES

- ✓ Original de la facture détaillée et acquittée avec les nom et prénom du bénéficiaire, la marque des lentilles et le nombre de boîtes délivrées
- ✓ Copie de la prescription médicale
- ✓ Acte associé à la prescription médicale



MÉDECINES ALTERNATIVES

- ✓ Original de la facture détaillée et acquittée par séance, précisant les nom et prénom du bénéficiaire, la qualité et le numéro RPS, ADEL1 ou RNE du professionnel



AUTRES ACTES

- ✓ Original de la facture détaillée et acquittée, précisant les nom et prénom du bénéficiaire, établie par un professionnel de santé médicale ou paramédicale

! Dans le cadre de nos contrôles aléatoires, des documents originaux ou des pièces complémentaires pourront vous être demandés.

PARTIE 3 - ESPACE ADHÉRENT ET APPLICATION MOBILE



COMMENT ACTIVER MON ESPACE ADHÉRENT

- 1 Vous avez la possibilité d'activer votre espace adhérent à partir du site [France Mutuelle](#), ou en téléchargeant l'app sur Google Play ou l'App Store



- 2 Cliquez sur « Créer mon espace » et complétez l'intégralité du formulaire.

- ! Votre référence adhérent vous sera demandée, vous pouvez la retrouver sur votre carte de tiers payant.

- 3 Vous recevez un mail de confirmation avec votre code d'authentification, saisissez-le puis créez votre mot de passe.

Vous avez désormais accès à votre espace personnel !





5 BONNES RAISONS D'UTILISER VOTRE ESPACE ADHÉRENT

1 Simplicité et rapidité

En créant votre compte sur francemutuelle.fr, vous gagnez du temps, grâce à une navigation rapide et intuitive.

2 Suivez vos remboursements en un coup d'oeil

Grâce à votre espace adhérent, consultez le détails de vos remboursements facilement.

3 Transmettez vos documents

Vous voulez envoyer une facture pour un remboursement ?

Transmettre un justificatif ?

Il vous suffit de vous rendre sur votre espace adhérent pour envoyer vos documents. C'est rapide et sécurisé !

4 Modifiez vos coordonnées en quelques clics

Votre espace adhérent vous permet de vérifier l'exactitude de vos données personnelles, de les modifier si nécessaire, et de nous transmettre les pièces justificatives rapidement.

5 Accédez à de nombreux avantages

Géolocalisez les professionnels de santé près de chez vous, consultez vos garanties d'assistance, retrouvez le dernier magazine, parrainez un proche...



VOTRE ESPACE ADHÉRENT PARTOUT À CHAQUE INSTANT

Votre espace adhérent est conçu pour vous permettre d'y accéder dans les mêmes conditions depuis tous types de supports connectés à internet.

✓ Ordinateur fixe ou portable

✓ Tablette ou smartphone



Vos identifiants de connexion sont identiques quel que soit le support utilisé.

TOUTE VOTRE MUTUELLE SUR VOTRE MOBILE

Véritable prolongement de votre espace adhérent, retrouvez toutes les fonctionnalités sur votre smartphone.

Grâce à l'application mobile France Mutuelle vous avez un accès complet à votre espace adhérent 24h/24, 7j/7.

Retrouvez le suivi de vos remboursements

Transmettez un devis ou une facture

Accédez au détail de votre contrat



Téléchargez votre carte de tiers payant

Géolocalisez un professionnel de santé

Contactez votre conseiller

Recherchez une notice de médicament, accédez à votre pilulier...

Pour télécharger l'application, rendez-vous sur Google Play Store ou sur App Store. Vous pouvez également scanner le QR code ci-dessous avec votre mobile !



PARTIE 4 - CONSEILS ET INFORMATIONS PRATIQUES

5 ACTIONS POUR PRÉSERVER VOTRE SANTÉ ET LIMITER VOTRE RESTE À CHARGE



Renseignez-vous sur les tarifs des praticiens,

vous avez le droit de connaître le montant qui vous sera facturé avant l'acte de soins ou le traitement proposé. Vous pouvez rechercher un autre professionnel de santé si vous pensez que le tarif qu'il applique est trop élevé. Pensez à respecter le parcours de soins afin d'être mieux remboursé par l'Assurance Maladie.



Demandez un devis à votre dentiste, à votre opticien et à votre audioprothésiste,

et soumettez-nous le avant d'engager des dépenses importantes. Vous recevrez une réponse sous 48h après réception de votre demande (hors week-ends et jours fériés).



Vérifiez le contenu de votre armoire à pharmacie avant de renouveler vos médicaments,

vous éviterez ainsi les participations forfaitaires restant à votre charge et qui ne peuvent faire l'objet d'un remboursement par votre complémentaire santé (0,50€ par boîte de médicaments).



Préférez les médicaments génériques,

moins chers, ils sont aussi efficaces puisqu'ils ont le même « principe actif ». Utiliser les génériques peut faire économiser de 10 à 20 % sur la facture de médicaments.



Mieux vaut prévenir que guérir,

privilegiez une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, activité physique régulière, ne pas fumer...) afin de rester en bonne santé. Consultez au moins une fois par an votre dentiste ainsi que votre médecin traitant pour faire le point (dépistage, vaccination...).

CHOISISSEZ LE MEILLEUR MOYEN POUR NOUS CONTACTER EN FONCTION DE VOTRE BESOIN

Quel que soit le moyen que vous choisissiez pour nous contacter, pensez à vous munir ou à nous communiquer votre référence adhérent.



Par téléphone :

09 77 42 43 44

du lundi au vendredi de 9h à 18h



Par mail :

adherent@francemutuelle.fr



Via votre espace adhérent :

www.francemutuelle.fr

ou sur votre application mobile



Par courrier :

10 Rue du 4 septembre

CS 11601

75089 PARIS cedex 02



À l'agence :

Du lundi au vendredi de 10h à 17h

10 rue du 4 Septembre

75002 PARIS

Si vous êtes adhérent collectif par le biais de votre entreprise, votre correspondant au sein de l'entreprise est votre interlocuteur dédié, il détient toutes les informations concernant votre contrat.

PÔLE ASSURANCES COLLECTIVES

Coordonnées réservées à l'entreprise



Par mail : collectives@francemutuelle.fr



Par téléphone : 09 77 42 43 46



CHANGEMENT DE SITUATION

Votre situation évolue ? Un déménagement, une naissance, un changement de banque...? Informez-nous dès que possible ! Prévenir votre mutuelle est une obligation, mais c'est surtout vous assurer de conserver un traitement rapide et efficace de vos demandes.



VOUS DÉMÉNAGEZ

Vous pouvez directement effectuer cette démarche depuis votre espace adhérent, dans la partie « Mon profil », ou télécharger le bulletin de changement de situation et nous le faire parvenir par courrier accompagné d'un justificatif de domicile.

Si vous changez de département, cela peut entraîner une modification de votre cotisation, si votre contrat est soumis à une tarification tenant compte de votre lieu de résidence. Afin de vous en assurer, nous vous invitons à contacter nos équipes qui pourront vous indiquer votre éventuel changement de cotisation.



Vous changez de département ?
Savez-vous que votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement change également ?
Pensez à nous adresser la photocopie de votre nouvelle attestation d'affiliation.



VOUS CHANGEZ DE CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Transmettez-nous via votre espace adhérent, rubrique « Envoi d'un document » ou par courrier simple, la photocopie de la nouvelle attestation d'affiliation pour vous et vos ayants droit.



VOUS CHANGEZ DE COMPTE BANCAIRE

Avertissez-nous suffisamment à l'avance pour éviter tout problème de prélèvement ou de remboursement.

Pour effectuer votre changement de RIB, téléchargez le mandat SEPA depuis votre espace adhérent et renvoyez-le (signé par le détenteur du compte) accompagné de votre nouveau RIB sur lequel figurent vos numéros BIC et IBAN.



AJOUT/SUPPRESSION D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE

Vous pouvez télécharger le bulletin de changement de situation depuis votre espace adhérent et l'adresser signé et complété selon vos souhaits à Groupe France Mutuelle accompagné, le cas échéant, des pièces justificatives.



Par mail : adherent@francemutuelle.fr



Par courrier : 10 Rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02



Via votre espace adhérent : www.francemutuelle.fr
ou depuis votre application mobile

**Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre carte de tiers payant)**





DÉMISSION, RADIATION DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Contrats individuels :

L'année civile, totale ou partielle est la base statutaire des relations adhérents/mutuelle (article 8 du Règlement Mutualiste en vigueur).

- ✓ Vous souhaitez changer de complémentaire santé à titre individuel : la résiliation ne peut prendre effet qu'au 31 décembre de chaque année avec un préavis de 2 mois ou à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription (article 8 du Règlement Mutualiste en vigueur).
- ✓ Vous intégrez une entreprise ayant mis en place un contrat à caractère obligatoire ou bien vous bénéficiez de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ; la radiation sera effective, sans préavis, au dernier jour du mois de réception de votre courrier. 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.

Les documents à envoyer directement à Groupe France Mutuelle :

- Résiliation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité
- Votre (vos) carte(s) tiers payant en cours de validité

Contrats collectifs (de groupe) :

Le correspondant de l'entreprise doit nous aviser de votre sortie des effectifs.

Contrats obligatoires :

Si vous quittez votre employeur, vous pouvez :

- ✓ Demander votre radiation pour la fin du mois en cours
- ✓ Bénéficier, sous certaines conditions, de la portabilité de vos garanties, pendant une durée maximum de 12 mois sous réserve que le justificatif Pôle Emploi nous soit adressé chaque mois
- ✓ Poursuivre votre adhésion, sous certaines conditions, au titre des dispositions de l'Article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi EVIN »

ASSISTANCE AU QUOTIDIEN



assistance

Dans le souci de toujours mieux vous accompagner, particulièrement dans les moments de la vie où vous en avez le plus besoin, France Mutuelle a conclu un partenariat avec Filassistance. L'accès à ces prestations est inclus dans la plupart de nos contrats santé, individuels et collectifs.

AIDE À LA PERSONNE

En fonction de votre situation et de vos besoins, l'équipe pluridisciplinaire de Filassistance convient avec vous des prestations les mieux adaptées et se charge de leur mise en place (acheminement des médicaments, livraison de courses, garde des enfants, assistance aux devoirs, aide ménagère...)

DANS QUELLES SITUATIONS ?

- Immobilisation au domicile, égale ou supérieure à 5 jours
- Hospitalisation prévue ou imprévue, y compris chirurgie ambulatoire
- Traitement oncologique (chimiothérapie, radiothérapie,...)
- Maladie grave et affection de longue durée
- Dépendance
- Maternité

Parallèlement à cette enveloppe de services et d'aide à domicile, une offre de prise en charge forfaitaire est prévue dans le cadre du répit de l'aidant, comme, par exemple, la garde de la personne dépendante ou la venue d'un proche à son domicile. Ou encore, la réalisation par un ergothérapeute d'un bilan favorisant le maintien à domicile.

UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ

L'équipe médico-psycho-sociale de Filassistance se tient à votre écoute pour vous apporter des réponses à vos questions ainsi qu'un accompagnement psychologique, selon les conditions prévues par la garantie.

Parmi les interventions possibles :

- des appels téléphoniques pour rompre l'isolement social ;
- des entretiens avec des psychologues dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic de cancer, d'une affection de longue durée, d'une situation de dépendance ou encore de difficultés suite à la naissance d'un enfant ;
- un accompagnement par une équipe médico-sociale en cas d'hospitalisation pour maladie grave ;
- la délivrance d'un 2^{ème} avis médical par des experts en cas de décision médicale importante.



Par téléphone : 01 53 21 24 96

Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre carte de Tiers-payant)

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE



Où que vous soyez, notre mutuelle vous permet d'accéder, sans frais de consultation, à la plateforme de téléconsultation médicale MédecinDirect.

Une solution aussi fiable que pratique lorsque vous avez besoin rapidement de l'avis d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste.

Une plateforme intuitive, simple et sécurisée !

1. Je décris mes symptômes



Je décris mes symptômes avec précision.

Éruptions cutanées, maux de tête, fièvre, douleurs, grain de beauté...

2. J'échange avec un médecin

J'échange avec un médecin spécialiste ou généraliste.

Par écrit, téléphone ou visio : je suis libre de choisir.



3. J'obtiens diagnostic et ordonnance

J'obtiens un diagnostic et une ordonnance, valable en France comme à l'étranger.

4. Je suis suivi après la consultation

Si nécessaire, je bénéficie d'un suivi médical personnalisé.

Par un médecin généraliste ou spécialiste, selon le cas.



IMPORTANT

Lors de votre première demande de téléconsultation, vous devez contacter Filassistance au 01 53 21 24 96, qui vous communiquera un lien d'accès à la plateforme MédecinDirect et votre code d'activation, indispensables à votre inscription.

Il vous faudra communiquer :

- vos nom, prénom, date de naissance et adresse ;
- la photocopie de votre carte d'identité.

Une fois ces éléments d'information validés, vous pourrez vous connecter directement sur la plateforme de MédecinDirect.



RÉSEAU DE SOINS BE - OPTILYS



Avec Groupe France Mutuelle, vous accédez à un réseau de professionnels de santé qui vous proposent des produits et services de qualité à des tarifs encadrés en optique et en audioprothèse.

NOS ENGAGEMENTS

-  Vous permettre de diminuer vos dépenses de santé
-  Vous assurer des soins de qualité
-  Vous informer et vous conseiller sur les solutions les plus adaptées à vos besoins de santé



OPTIQUE



Le choix de la proximité

5 050 opticiens partenaires proches de chez vous.



Le choix de la qualité

L'accès aux meilleurs verres du marché : Essilor, Zeiss, Nikon, Seiko et d'autres grandes marques.



Le choix du prix

Des prix négociés pour vous.



Le choix du service

Garantie adaptation, garantie casse, certificat d'origine des produits, tiers payant systématique.



AUDIOPROTHÈSE



Le choix de la notoriété

760 centres d'audition partenaires sur plus de 90 départements.



Le choix du budget

- Des prix négociés pour vous avec 4 gammes d'appareils auditifs à -15% par rapport au prix pratiqué en moyenne
- Une garantie de 4 ans avec un tarif préférentiel
- De -10 à -15% sur les accessoires, piles, produits d'entretien
- Tiers payant et facilités de paiement



Le choix de la confiance

- L'accès aux meilleurs appareils auditifs, tels que Siemens, Somic, Rexton, Widex
- La qualité de votre retour à l'écoute garanti avec un bilan auditif, un accompagnement dans le choix de la meilleure solution, l'ajustement de l'appareil à votre besoin et un suivi illimité de l'appareil auditif

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

CFDP, C'EST...

L'EXPERTISE

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

L'INDÉPENDANCE

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

LA PROXIMITÉ

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

QU'EST-CE QUE LA PROTECTION JURIDIQUE ?

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

COMMENT DÉCLARER MON LITIGE À CFDP ASSURANCES ?

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



Par téléphone : 04 69 84 20 50



Par mail : gfm@cfdp.fr

**Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre carte de tiers payant)**

ACTION SOCIALE



Groupe France Mutuelle peut attribuer des secours ou des aides exceptionnelles à caractère médical aux adhérents ou à leurs ayants droit inscrits et dont la situation financière le justifie.

En cas de besoin, nos Chargés de Clientèles vous dirigeront vers notre Conseillère Action Sociale. Elle vous transmettra un formulaire de « demande d'intervention sociale » à remplir et à renvoyer accompagné d'une liste de pièces justificatives à fournir. Tout au long de la constitution de votre dossier, notre conseillère vous apportera suivi et soutien pour satisfaire au mieux votre demande d'aide.

La Commission de l'action sociale composée d'élus de la mutuelle étudie de façon approfondie et anonyme chaque dossier.

Pour en faire la demande, vous pouvez nous contacter par téléphone, par courrier ou par mail.



Par téléphone : 09 77 42 43 44



Par mail : adherent@francemutuelle.fr



Par courrier : 10 rue du 4 Septembre
CS11601
75089 PARIS cedex 02

Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre carte de tiers payant)

PARTIE 7 - LES AVANTAGES

PARRAINAGE

Parrainez vos proches, devenez ambassadeur de votre mutuelle

Jusqu'à 200 € de chèques cadeaux pour vous, et 30 € pour chaque filleul(e) !
Parrainez jusqu'à 5 filleul(e)s par an.

À chaque nouveau parrainage, la valeur de votre chèque cadeau augmente.

En réalisant 5 parrainages au cours d'une même année, vous bénéficiez de 200 € de chèques cadeaux en valeur cumulée.

Comment parrainer ?



Via notre site internet :

www.francemutuelle.fr

Connectez-vous à votre Espace adhérent et sur la page d'accueil, cliquez sur « Je parraine » afin de nous communiquer les coordonnées de votre filleul(e).



Par téléphone :

09 77 42 43 44



À l'agence :

Dans notre agence France Mutuelle, en complétant un coupon-parrainage.

Un conseiller France Mutuelle prendra contact avec votre filleul(e) et lui fournira un devis personnalisé pour une garantie Reflexio⁽¹⁾ ou TER adaptée à ses besoins⁽²⁾.

⁽¹⁾ L'offre de parrainage ne concerne pas la garantie Reflexio Hospi.



⁽²⁾ Règlement disponible dans votre Espace adhérent.

MAGAZINE TRIMESTRIEL

S'informer sur l'actualité santé

Véritable trait d'union entre nous depuis plus de 20 ans, ce magazine vous est adressé gratuitement tous les trimestres. En plus d'un large panorama de l'actualité de la santé et du monde social, la culture et les loisirs y tiennent une place importante.



Lisez en ligne et téléchargez votre magazine directement sur votre espace adhérent.



Via notre site internet :

www.francemutuelle.fr



Par mail :

magazine@francemutuelle.fr



ACTION CULTURELLE

Cultiver le bien-être de ses adhérents

Depuis plus de 15 ans, au travers de spectacles organisés au profit de ses adhérents, Groupe France Mutuelle honore sa mission mutualiste de « contribuer au développement culturel, moral et intellectuel » de ses membres.

Un rendez-vous culturel vous est proposé chaque mois à Paris. Découvrez le programme dans notre magazine trimestriel. Vous y trouverez aussi d'autres offres à tarif préférentiel.

Comment réserver ?



Par téléphone :
09 77 42 43 41

Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre
carte de tiers payant)



Retrouvez le **programme sur votre espace adhérent et dans le magazine**
www.francemutuelle.fr



Découvrez chaque trimestre **une pièce de théâtre** sans sortir de votre salon sur www.francemutuelle.fr
rubrique espace adhérent



LOCATION RÉSIDENCE

Réserver ses vacances à Menton

En plein cœur de Menton et à quelques pas des plages, Groupe France Mutuelle vous accueille toute l'année dans ses appartements et studios, à des tarifs préférentiels.

Avec son décor design, la Résidence Châteauneuf réunit tous les atouts pour rendre votre séjour à Menton agréable et confortable.

Profitez des avantages, spécialement réservés à tous nos adhérents.

Comment réserver ?



En ligne sur votre espace adhérent :
www.francemutuelle.fr



Par téléphone :
04 92 10 92 55



Par mail :
chateauneuf@francemutuelle.fr

Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre
carte de tiers payant)



HAPPYVISIO



Groupe France Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un accès à des conférences en ligne via le partenaire HappyVisio.

Pour faciliter l'accès à la formation et à l'information et pour répondre aux préoccupations de chacun, quel que soit son lieu d'habitation, HappyVisio est le 1^{er} site internet proposant des conférences et des ateliers par visioconférence. Grâce à la plateforme développée par HappyVisio, vous pourrez vous former, vous informer et échanger avec l'animateur et les autres participants sur un large choix de thématiques, comme la santé, le bien-être ainsi que des conseils sur la vie au quotidien.

Toutes les conférences sont proposées en direct, pour permettre à tous les participants de pouvoir poser leurs questions aux experts, répondre aux sondages, ou simplement interagir avec les autres participants. Un service de replay est disponible sur le site et permet une plus large diffusion des messages de prévention.



Exemples de conférences gratuites animées par des professionnels :



SANTÉ

Stratégies de gestion du poids durable

Par Thierry Michel, Micro-nutritionniste



BIEN-ÊTRE

Passage à la retraite : les enjeux psychologiques

Par Gérard VALLAT, psychologue et psychothérapeute



VIE PRATIQUE

Découvrir les actions solidaires et écologiques à Paris et alentours dans lesquelles s'engager

Par Camille ELY de l'association Astérya



NUMÉRIQUE

Les lundis du numérique - Achats sur internet, click and collect, drive

Par Association Destination Multimedia



Inscription gratuite depuis votre espace adhérent avec le code GFM2020

PARTIE 8 - POUR ALLER PLUS LOIN

Découvrez notre filiale BVR



Vous êtes un particulier, un professionnel ou une entreprise, BVR notre cabinet de courtage en Assurances, met à votre service une équipe de professionnels dans tous les domaines.



**Pour assurer
vos biens**



**Pour protéger
votre famille**



**Pour épargner et
préparer votre retraite**

Le saviez-vous ?

Filiale à 100 % de France Mutuelle, BVR vous invite à faire le point sur l'ensemble de vos contrats d'assurance actuels.

Sans attendre, profitez-en !

À quoi sert un bilan-conseil ?

- À vérifier que vos assurances répondent vraiment à vos besoins ;
- À s'assurer que vous bénéficiez du meilleur tarif pratiqué sur le marché ;
- À répondre à vos questions ;
- À vous conseiller, le cas échéant, des solutions d'assurances parfaitement adaptées à votre situation et à vos attentes.



Retrouvez dans la rubrique « Mes services et avantages »,
les produits en ligne sur votre espace adhérent :
www.francemutuelle.fr



Par téléphone : 09 77 42 43 44



Par mail : adherent@francemutuelle.fr

Pensez à communiquer votre référence adhérent
(cette information est disponible sur votre carte de tiers payant)

NOUS CONTACTER



PAR TÉLÉPHONE

09 77 42 43 44



PAR EMAIL

adherent@francemutuelle.fr



PAR COURRIER

Groupe France Mutuelle
10 rue du 4 Septembre
75002 PARIS



À L'AGENCE

Du lundi au vendredi
de 10h à 13h et de 14h à 16h
10 rue du 4 septembre
75002 PARIS



**VIA VOTRE
ESPACE ADHÉRENT**

www.francemutuelle.fr
ou sur votre application mobile



www.francemutuelle.fr



Groupe France Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité / 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.



Document non contractuel - Janvier 2023