

FAQ Offre dédiée aux affiliés FNAR et UFR-rg

1-/ Quelles sont les conditions pour adhérer à l'offre dédiée aux affiliés FNAR-UFRrg ? Et comment adhérer ?

Pour adhérer à l'offre FNAR-UFR-rg, les conditions requises sont les suivantes :

- que le souscripteur soit affilié à la FNAR ou l'UF-rg, par le biais d'une association membre.
- que le souscripteur soit âgé de moins de 85 ans

Pour ce faire, il vous suffit de nous retourner votre bulletin d'adhésion dûment complété et tamponné par l'association à laquelle le souscripteur adhère, ainsi que les pièces justificatives notifiées sur ce bulletin.

2-/ Mon conjoint peut-il bénéficier de cette offre ?

Votre conjoint peut en effet adhérer à votre GFM, par le biais de votre contrat et en tant qu'ayant-droit.

Conformément à l'article 3 de nos statuts (septembre 2010), est considéré comme ayant-droit « toute personne rattachée à un membre participant (...) dont le conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité »

A ce titre, il bénéficiera des mêmes options que le souscripteur, dans la même tranche d'âge, et s'acquittera de la même cotisation adulte.

3-/ Mon conjoint et moi-même ne sommes pas dans la même tranche d'âge. Quel sera le prix de la cotisation ?

La tranche d'âge retenue pour le calcul de la cotisation est définie par l'âge du souscripteur au moment de l'adhésion.

Ce qui signifie que :

- si Monsieur le souscripteur est âgé de 60 ans et Madame, ayant-droit, de 70 ans, la tranche d'âge retenue pour le calcul de la cotisation sera « Moins de 65 ans » pour tous les bénéficiaires du contrat.
- Si Monsieur le souscripteur est âgé de 71 ans et Madame, ayant-droit, de 64 ans, c'est la tranche d'âge « 70-85 ans » qui s'appliquera pour tous les bénéficiaires du contrat.

4-/ Mon conjoint peut-il souscrire une option différente de la mienne ?

Les ayant-droits sont soumis aux mêmes conditions que le souscripteur car ils dépendent du même contrat. Ils bénéficient donc de la même option. La tarification de l'ayant-droit se fait donc en fonction du statut de cette personne (conjoint ou enfant), ce qui signifie que le conjoint s'acquitte de la même cotisation que le souscripteur, quel que soit son âge.

5-/ J'ai toujours des enfants à charge. A quelles conditions puis-je les prendre sur mon contrat et pour quelle cotisation ?

Conformément à l'article 3 de nos statuts (septembre 2010), est considéré comme ayant-droit « toute personne rattachée à un membre participant dont :

- enfants pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents, soit le participant lui-même ou son conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors

qu'il en est ayant-droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16ans ; cette limite d'âge peut être portée à 26 ans révolus pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire »

Au titre d'ayant-droit, l'enfant se verra attribuer une cotisation enfant. A compter du 2^{ème} enfant, notez que la cotisation devient gratuite !

Au-delà de cette limite d'âge pour les enfants, nos conseillers mutualistes proposeront notre nouvelle gamme individuelle FCM Santé, adaptée aux jeunes.

6-/ J'ai actuellement 64 ans mais je ne souhaite adhérer qu'au 1er janvier prochain. Or, à cette date j'aurai 65 ans. Quelle sera la tranche retenue pour le calcul de ma cotisation ?

C'est l'âge atteint à la date d'effet de l'adhésion qui définit le montant de la cotisation.

Ce qui signifie que :

- Si vous atteignez les 65 ans le 15 janvier, pour une adhésion au 1^{er} janvier, on considérera que votre âge effectif à l'adhésion est 64 ans et que la tranche moins de 65 ans peut s'appliquer.
- Si vous avez atteint les 65 ans à la date effective du 1^{er} janvier, c'est la tranche 65-69 ans qui sera appliquée.

7-/ J'ai 85 ans (ou plus) ? Puis-je adhérer à l'offre ?

Cette offre est limitée aux personnes âgées de moins de 85 ans. Nos conseillers mutualistes proposent une gamme Système Modulaire Optionnel individuel spécialement dédiée aux personnes âgées de 85 ans et plus. Contactez-nous au 01-53-36-39-21

8-/ J'ai adhéré lorsque j'avais moins de 85 ans. Que va-t-il se passer quand j'atteindrai cet âge ?

Vous conservez le bénéfice de la tranche d'âge dans laquelle vous avez adhéré, ce qui signifie que :

Si vous avez adhéré à 63 ans, vous bénéficierez des tarifs attirés à cette tranche d'âge toute votre vie, même passé les 85 ans.

9-/ Existe-il des délais de carence ?

La prise en charge est immédiate, sans délais de carence ou de stage.

10-/ Comment puis-je changer d'option ?

Conformément à l'article 10.2 de notre règlement mutualiste, vous avez la possibilité de changer d'option au début de chaque trimestre civil au terme d'un délai minimum de 12 mois d'adhésion. Ce délai peut être réduit en cas de mutation vers une garantie à prestations supérieures. Vous devez maintenir votre adhésion à cette nouvelle garantie pour une durée minimum de 12 mois.

11-/ Je bénéficie de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Il convient de contacter votre agence pour être informé de la démarche à suivre. Une fois le dossier constitué, le montant de l'ACS sera déduit mensuellement du montant de vos cotisations et vous recevrez un nouvel échancier intégrant cette réduction.

12-/ Je bénéficie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

Groupe France Mutuelle n'étant pas gestionnaire de la CMUC, les bénéficiaires de cette couverture ne peuvent pas souscrire à ces garanties.

13-/ J'ai déjà une mutuelle, comment puis-je résilier ?

Les modalités de désengagement varient d'un assureur à l'autre. France Mutuelle peut vous accompagner dans cette démarche. N'hésitez pas à nous contacter au 01.53.36.39.21.

14-/ Je suis affilié au régime de la MSA, SNCF, RSI ou autre régime spécial.

L'affiliation aux régimes spéciaux ne permet pas la mise en place de la Télétransmission mais ne gêne en rien l'adhésion.

A noter : les bénéficiaires du régime RAM/GAMEX peuvent bénéficier de la télétransmission.

15-/ Je suis affilié au régime d'Alsace- Moselle.

L'affiliation aux régimes Alsace – Moselle ne permet pas de bénéficier du service de tiers payant, par contre le service de télétransmission est opérationnel. Le montant des cotisations reste inchangé par rapport au régime général.

16-/ Ai-je droit à la télétransmission Noémie ?

Toute personne affiliée au régime général de la Sécurité Sociale peut disposer gratuitement de la Télétransmission NOEMIE. Pour cela, rien de plus simple, il vous suffit de cocher la case adéquate sur le bulletin d'adhésion.

Assurez vous juste que votre ancienne mutuelle ne reste pas connectée à NOEMIE.

17-/ Si je quitte l'association affiliée à la FNAR ou l'UFR rg, que se passe-t-il pour ma complémentaire santé ?

Si vous quittez votre association ou bien si celle-ci décide de ne plus adhérer à l'UFR rg ou la FNAR, vous continuez de bénéficier de votre complémentaire santé aux mêmes conditions.

18-/ Comment fonctionne ma carte RMS ?

Votre carte RMS vous permet de bénéficier, chez les professionnels de santé équipés du système, d'un remboursement en 48h. La liste des professionnels de santé équipés à proximité de votre domicile est disponible sur simple demande. Ce système, quand il s'agit notamment d'optique, peut s'avérer bien utile.

19-/ J'ai des difficultés personnelles importantes et je ne sais pas vers qui me tourner. Puis-je bénéficier d'une aide de France Mutuelle ?

France Mutuelle met à votre disposition son service d'action sociale pour vous aider à surmonter certaines difficultés passagères. A l'aide de notre conseillère sociale, vous pourrez être orienté ou monter un dossier de demande d'aides pour vous permettre de surmonter ce cap difficile dans le respect de la confidentialité.

20-/ Je suis hospitalisé dans quelques jours. Quelle est la procédure ? (Prise en charge et aide au retour à domicile)

Toute hospitalisation doit faire l'objet d'une prise en charge (hors ambulatoire).

Pour vous aider lors de cette hospitalisation, France Mutuelle vous propose une gamme de services tels que la prise en charge des enfants de moins de 16 ans, la garde d'animaux ou l'aide au retour à domicile. Vous retrouverez le détail de tous nos services dans votre livret d'accueil.

21-/ J'ai des travaux dentaires à effectuer. Existe-t-il un plafond ?

Il n'existe pas de plafond dentaire dans les garanties Bien-être, Confort et Sérénité, les remboursements sont effectués sur la base de la prise en charge par la caisse maladie.

Cependant, il existe une procédure dentaire et la mutuelle doit émettre un accord de prise en charge avant le début des travaux. Conformément à l'article 20 de notre règlement mutualiste, « Pour les prothèses dentaires et implants, un accord préalable de prise en charge est nécessaire. L'accord préalable est obtenu après examen et acceptation du devis envoyé sous pli cacheté au dentiste consultant de la mutuelle. Sans réponse écrite concernant le refus ou l'acceptation du devis dans un délai maximum de 20 jours à compter de la réception du devis par le dentiste consultant, l'accord sur le devis est réputé acquis. (...) En cas de travaux réalisés sans accord préalable du dentiste consultant de la mutuelle, un refus de prise en charge sera opposé. De même s'il s'avère que les travaux ont été réalisés antérieurement à la date de remise sous pli cacheté du devis au dentiste consultant »