Assurance Complémentaire santé des médecins

MUTUELLE DU MÉDECIN

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle immatriculée en France et régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 784 180 044 - **Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union de mutuelles immatriculée en France et soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 775 666 340.**

Produit : MDM Santé Digitale

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré-contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé en complément du régime d'assurance maladie obligatoire français restant à la charge du médecin, de l'interne ou de l'étudiant en médecine assuré ainsi que de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables. Pour les travailleurs non-salariés non agricoles, ce contrat est éligible au dispositif fiscal Madelin.

Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Frais de séjour ; transport ; honoraires et soins en secteur conventionné ou non conventionné adhérant ou non à l'OPTAM (1) forfait journalier hospitalier ; allocation maternité ; FIV ou PMA refusées (3) chambre particulière ; lit accompagnant pour les ascendants, descendants et conjoint, participation forfaitaire « actes lourds ».
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Honoraires médicaux, visites et actes techniques médicaux, radiologie réalisés par des praticiens adhérents ou non à l'OPTAM (1) ; auxiliaires médicaux ; laboratoires ; pharmacie dont vaccins acceptés (2) ; cures thermales.
- ✓ **Frais d'optiques :** équipements (verres et montures) 100% santé classe A et tarif libre classe B, lentilles et chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires :** soins dentaires, prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale : 100% santé panier 1, tarif maîtrisé panier 2 et tarif libre panier 3. Orthodontie acceptée, implantologie et parodontologie.
- ✓ **Appareillage remboursé par la Sécurité sociale :** petit appareillage et grand appareillage, appareillage 100% Santé.
- ✓ **Aides auditives**.
- ✓ **Hébergement temporaire non médicalisé :** chambre d'hôtel prescrite par le médecin hospitalier, la veille et / ou le soir de l'intervention à l'hôpital.
- ✓ **Soins paramédicaux et actes d'analyses médicales hors nomenclature**.
- ✓ **Autres soins / prévention / bien être / e-santé digital :** Prévention dentaire, pilule, forfait psychologue ou psychomotricien, ostéopathie, homéopathie ; dépistage du strabisme et de la surdité avant trois ans ; bilan allergique ; vaccins refusés (3) ; forfait addictions, forfait Objet Connecté E-santé sous certaines conditions.

Les services systématiquement prévus

- ✓ Tiers-payant.
- ✓ Plateforme santé : Réseau de soins Carte blanche.
- ✓ Assistance assurée par FILASSISTANCE International.
- ✓ Assistance à domicile, hospitalisation, aide-ménagère, garde, présence d'un proche, aide aux aidants, assistance déplacement, rapatriement médical, rapatriement du corps, déplacement d'un proche sur les lieux du décès.
- ✓ Garanties obsèques et dépendance assurées par CNP ASSURANCES.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

(1) OPTAM = Option de pratique tarifaire maitrisée
(2) Accepté = Acte remboursé par la Sécurité sociale
(3) Refusé = Acte dont le remboursement est refusé par la Sécurité sociale

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins effectués pendant les délais d'attente
- ✗ Les personnes non affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale français.
- ✗ 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,
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux et les établissements de soins de longue durée - EHPAD ou MAS.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Les soins prodigués par des non professionnels de santé agréés hors ce qui figure dans le tableau de garanties.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions du contrat responsable

- ! Actes non pris en charge par la Sécurité sociale sauf indication dans la rubrique « Qu'est ce qui est assuré ? ».
- ! La participation forfaitaire, les franchises médicales (sur les boîtes de médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médicale et sur les transports).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions

Hospitalisation :

- ! Lit accompagnant : versement du forfait pendant 15 jours par année civile et par assuré.
- ! Hébergement temporaire non médicalisé : le maximum indemnisé par assuré et par année civile est de 6 nuits.

Dentaire :

- ! Orthodontie acceptée (2) : indemnisée pendant 6 semestres maximum par enfant assuré pour l'ensemble des traitements.
- ! Délai d'attente de 12 mois pour les implants sauf pour les assurés pouvant justifier d'une affiliation à un régime d'assurance complémentaire santé offrant une garantie équivalente ou supérieure sur ce poste.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou les cas d'évolution de la vue.

Prévention / e-santé digital :

- ! Le forfait psychologue ou psychomotricien est limité à 4 séances par enfant assuré par année civile.
- ! Le forfait actes de prévention dentaire se renouvelle tous les 2 ans à compter du premier versement.
- ! Le forfait objet connecté est limité à un objet connecté par membre participant et s'utilise sur une période de 2 ans à compter de la date d'achat du premier objet connecté.

M.RMSD26.2_M.NISD26.2_IPID

Où suis-je couvert ?

✓ L'adhésion est réservée aux personnes résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélémy.

✓ Dans les cas où une prestation n'a pas fait l'objet d'un remboursement par un régime obligatoire d'assurance maladie français, elle ne sera pas remboursée par la Mutuelle. C'est notamment le cas des frais exposés au premier euro à l'étranger pour lesquels seuls une intervention au titre de l'assistance est prévue.

Quelles sont mes obligations ?

Le non-respect des obligations peut entraîner la suspension des garanties

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le mandat de prélèvement SEPA.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée dans l'appel de cotisations.
- Fournir tous renseignements ou documents demandés par la Mutuelle.
- Etre à jour du paiement des cotisations aux régimes obligatoires pour les Travailleurs non-salariés éligibles au dispositif fiscal Madelin.

En cours de contrat :

- Informer la Mutuelle de tout changement affectant sa situation personnelle et professionnelle.
- Régler la cotisation annuelle indiquée sur l'appel de cotisations.
- Transmettre chaque année les justificatifs prouvant que l'adhérent est à jour du paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires pour les travailleurs non-salariés éligibles au dispositif fiscal Madelin.

En cas de sinistre :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par le contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisations.

Un paiement fractionné peut être accordé : mensuel / trimestriel / semestriel / annuel.

Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.

Il n'y a aucun coût supplémentaire lié à la souscription en ligne.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les adhésions prennent effet, garantie par garantie, le premier jour du mois suivant l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent de la lettre d'acceptation d'adhésion à la garantie concernée, sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle de la première cotisation relative à la garantie souscrite.

En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus à compter de l'envoi par la Mutuelle de la lettre d'acceptation de son adhésion.

L'adhésion est valable pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite renouvelée annuellement par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés contractuellement.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- A l'échéance : avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre suivant,
- De façon infra-annuelle : après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du contrat pour lequel la demande de dénonciation est formulée, sans frais ni pénalités.

La dénonciation de votre adhésion prend effet un mois après que nous avons reçu votre notification.

Ce droit de dénonciation vous appartient, à l'exclusion de vos ayants droit ou des tiers.

La dénonciation de l'adhésion peut être notifiée à l'organisme assureur par le membre participant au choix :

- Soit par lettre adressée au siège social de l'Assureur, par mail à l'adresse gestion.des.contrats@gpm.fr ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit lorsque l'assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Nous vous adressons une confirmation écrite de la réception de votre notification.

Vous pouvez également résilier votre contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la mutuelle dans les 30 jours suivants les évènements suivants :

- En cas de modification des dispositions contractuelles.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.