



GUIDE DU RENOUVELLEMENT 2022

Qualité

Sonia FRUCHAUD

Date 20/12/2021

Qualité Adhérent

Sommaire

Sommaire	2
1. Qu'est-ce que le renouvellement ?	4
1.1 Informations générales	4
1.2 Le renouvellement en 6 dates	4
2. La carte de tiers payant	5
2.1 La carte physique	5
2.2 Réimpression des cartes	5
2.3 La carte de tiers payant digitale	5
2.4 Tiers-payant dentaire et hospitalier : Viamedis à compter du 1.01.2022	6
3. Nouveauté 2022	7
3.1 Evolution de l'espace adhérent et création de l'application GPM	7
4. Le renouvellement technique des contrats	8
4.1 Renouvellement des contrats et des tarifs	8
4.2 Les contrats exclus du renouvellement	9
4.3 Lot de rattrapage	10
5. La période située entre renouvellement technique et l'envoi du pli	10
5.1 Les modifications contractuelles avant réception des plis	11
5.2 La circulaire d'information	11
6. Le pli de renouvellement	11
6.1 La constitution du pli	12
6.2 Les modes d'envois	13
6.2.1 Les plis « papier »	13
6.2.2 Les plis dématérialisés	13
6.2.3 Comment consulter le pli dématérialisé ?	13
7. Les tarifs	13
7.1 Les évolutions tarifaires	14
7.1.1 AGMF Prévoyance	14
7.1.2 MDM	15
7.1.3 Panacea SA	15
7.1.4 GPMA	16
7.2 Ouverture des tarifs 2022	16
7.2.1 Confirmation des contrats en attente des tarifs 2022	16
7.2.2 Ouverture des tarifs 2022 sur 2023	16
7.3 Comment sont calculées les cotisations 2022	16
7.3.1 Evolution en fonction du taux d'augmentation	16
7.3.2 Evolution en fonction des diminutions de réduction tarifaire	17
7.3.3 Cotisation associations souscriptrices	17
7.4 Participation aux excédents (PB vie)	17
7.4.1 PB vie 2022	17

8. Revalorisations	18
8.1 Indexation des bases de garanties.....	18
8.2 Planchers et plafonds.....	18
9 La gestion des Plis Non Distribués (PND)	20
9.1 Les actions préventives	21
9.2 Les actions curatives	21
9. La facture du renouvellement	22
9.1 Affichage globale de la facture.....	22
9.2 Affichage facture par contrats	23
9.3 Affichage de la cotisation « association souscriptrice » :	24
9.4 Affichage de la remise PB vie 2022 de 40 €.....	24
9.5 Affichage solde du compte client	24
9.6 Synthèse du calcul :	24
10. Paiement des cotisations	24
10.1 Chèque annuel.....	25
10.2 Les impayés (le pré contentieux) :	25
10.3 Prélèvement automatique.....	25
10.4 Rejet de prélèvement :.....	26
11. Résiliation	26
11.1 Loi Chatel.....	26
11.1.1 Général	26
11.1.2 En pratique	26
11.1.3 Impact du lot de rattrapage	27
11.1.4 Impact des traitements différés	27
11.2 Résiliation infra annuelle santé (Rappel)	27
12. Reprises à la concurrence 2023	27
12.1 Ouverture des tarifs 2022 sur 2023 :.....	27
12.2 Sélection médicale	28
12.3 Prestations Prévoyance : devoir de conseil.....	29
13. Fermeture de fin d'année	30
14. Annexes	31
14.1 AGMF	31
14.1.1 Lettre du Président	31
14.1.2 Le mode d'emploi « espace adhérent »	33
14.1.3 La communication « Villa M »	34
14.1.4 La notice d'information	36
14.2 MDM	40
14.2.1 Lettre de la Présidente	40
14.2.2 Le mode d'emploi « espace adhérent »	41
14.2.3 La notice d'information	42

1. Qu'est-ce que le renouvellement ?

1.1 Informations générales

Sauf stipulation contraire, les contrats d'AGMF Prévoyance, de la MDM, de GPMA (hors assurance vie) et PANACEA sont souscrits pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Ils sont ensuite renouvelables annuellement par tacite reconduction pour une durée de 12 mois sauf arrivée du terme contractuel.

Chaque fin d'année les équipes du Siègè sont mobilisées pour mener à bien les travaux liés au renouvellement.

Cette présentation a pour objectif de partager avec vous l'ensemble des éléments qui constituent le renouvellement.

1.2 Le renouvellement en 6 dates

Fin octobre : paramétrage des tarifs dans les outils et validation des contrats dont l'effet est supérieur ou égal au 01/01/2022 (ATOK)

Début novembre: les contrats GPM sont renouvelés techniquement sur AVTIS, l'outil de gestion.

Début décembre : commence l'envoi des plis papiers et leur mise à disposition sur l'Espace Adhérent. Les notices d'informations et règlements mutualistes 2022 sont également disponibles sur cet Espace. De plus, les Cartes de Tiers payant pour les adhérents en refus de dématérialisation sont envoyées dans un second pli.

Mi-décembre : un renouvellement dit de "recyclage" est passé sur AVTIS. Il permet le traitement des contrats qui avaient été exclus du premier lot de novembre.

Fin décembre : les Cartes de tiers payant digitales 2022 sont disponibles dans l'espace adhérent.

2. La carte de tiers payant

2.1 La carte physique

Suite au renouvellement 2021 seuls les adhérents n'ayant pas optés pour la dématérialisation (ou n'étant pas éligibles) reçoivent la carte de tiers payant par la poste.

Bon à savoir

Malgré les constats d'huissier réalisés sur place pour valider l'exhaustivité des impressions, chaque année, des adhérents se plaignent de ne pas recevoir leur carte.

Cependant, même si l'adhérent n'a pas opté pour la dématérialisation ou n'est pas éligible, sa carte de tiers payant est bien disponible dans son espace adhérent.

2.2 Réimpression des cartes

Il n'est pas normal que l'adhérent ne reçoive pas sa carte par courrier postal.

Avant d'en réclamer une nouvelle, il faut s'assurer que l'adresse d'envoi est la bonne et qu'il n'y a pas de problème d'acheminement.

Pour éviter les surcoûts et les délais liés aux demandes de réimpressions qui engendrent de l'insatisfaction, il faudra inviter les adhérents à télécharger leur carte dans l'espace adhérent.

A défaut, il faudra privilégier l'envoi par mail des cartes au format PDF. Libre ensuite à l'adhérent de l'imprimer.

Bon à savoir

Les réimpressions au format physique se feront donc au cas par cas.

Pour les cartes de tiers-payant MDM, il existe un circuit spécifique pour les demandes de réédition des cartes. Pour rappel, ALMERYS se charge de la fabrication et des envois.

2.3 La carte de tiers payant digitale

L'adhérent ayant opté pour la dématérialisation des échanges recevra mi-décembre une notification par mail lui indiquant que la carte 2022 sera disponible pour la fin décembre.

La carte de tiers payant digitale 2022 sera donc disponible pour tous les adhérents fin décembre sur l'espace adhérent.

En pratique

L'adhérent devra se connecter à son espace adhérent (et le cas échéant le créer). Une fois connecté, il téléchargera sa carte en cliquant sur le bouton « carte de tiers payant » mis en place à cet effet.

Pour MDM, nous rappelons qu'à ce jour il n'y a pas de carte de tiers-payant dématérialisée.

2.4 Tiers-payant dentaire et hospitalier : Viamedis à compter du 1.01.2022

Il s'agit d'une évolution réglementaire qui impose la pratique du tiers-payant sur l'intégralité du « panier RAC 0 ».

Le tiers-payant déjà appliqué pour l'optique et les audio prothèses sera étendu au dentaire avec notre concentrateur de tiers-payant Viamedis à partir du 01/01/2022.

L'application du tiers payant au titre du dentaire permettra à l'assuré : de ne pas avancer la part qui revient à l'assurance maladie, et également de ne pas avancer la part qui revient à la complémentaire santé.

De ce fait, la mise en vigueur de ce tiers-payant permettra de simplifier le processus de prise en charge.

Bon à savoir

La pratique du tiers-payant ne sera pas automatique : il ne sera envisageable que si le dentiste fait une demande de prise en charge auprès de VIAMEDIS en amont. De ce fait, si la prise en charge est acceptée, le tiers-payant fonctionnera. Il convient de prendre en compte que le tiers-payant VIAMEDIS pour les prothèses dentaires ne sera pas restreint au seul panier RAC 0. A l'issue s'il reste (un reste à charge), l'assuré devra le payer directement au dentiste. Le fonctionnement est similaire à celui du tiers-payant pour l'optique.

De plus, dans l'anticipation du projet national ROC, visant à automatiser les échanges hôpital/mutuelle pour les prises en charge et les facturations, le tiers-payant hospitalier sera mis en place à compter du 01/01/2022, toujours en partenariat avec Viamedis.

Bon à savoir

A partir du 1/01/2022, plus aucune demande de prise en charge ne devra être saisie dans MUTCIM : il conviendra de demander aux services des admissions de se rendre sur le portail VIAMEDIS.NET pour saisir toutes demandes de prise en charge.

Dans le cas où un hôpital impose à notre adhérent de se procurer lui-même une prise en charge, en dernier recours, il conviendra de vous rendre sur le portail VIAMEDIS.NET pour la saisir.

Le tiers-payant dentaire et hospitalier ne s'applique qu'au tiers-payant AGMF. Il n'y a pas de changement pour MDM puisque le tiers-payant dentaire et hospitalier est déjà en place avec ALMERYS.

3. Nouveauté 2022

3.1 Evolution de l'espace adhérent et création de l'application GPM

3.1.1 Les formulaires « mes demandes »

Au cours du dernier trimestre 2021, l'espace adhérent a évolué et l'application GPM a été créée. Nos adhérents ont désormais la possibilité d'effectuer une demande via le module « mes demandes ».

Ce module « mes demandes » permet à nos adhérents de nous solliciter pour les raisons suivantes :

- ❖ Demander le remboursement des frais de santé :
 - Envoyer une facture
 - Demander une prise en charge hospitalière
 - Demander un devis
- ❖ Déclarer une naissance (possibilité de rattacher l'enfant au contrat)
- ❖ Modifier ses coordonnées bancaires :
 - Mise en place du prélèvement automatique :
 - Modification du RIB de paiement
 - Modification de la fréquence de prélèvement
 - Modification du RIB de remboursement santé
- ❖ Demander une mise à jour contractuelle
- ❖ Obtenir des informations sur un contrat
- ❖ Demander un document
- ❖ Formuler une réclamation

Bon à savoir

Les demandes émises depuis l'espace adhérent et/ou l'application sont indexées en GED dans les workflows dédiés pour procéder au traitement.

Les demandes formalisées dans l'espace adhérent et ou via l'application sont traitées en priorité.

3.1.2 L'espace adhérent et l'application mobile « GPM » : les canaux à privilégier

Il est primordial que l'adhérent passe par le canal « espace adhérent » ou via l'application pour toutes demandes listées ci-dessus.

Bon à savoir

Le renouvellement étant le rendez-vous annuel avec nos adhérents, il est stratégique de mettre en avant l'espace adhérent durant cette période.

Plusieurs de ces demandes répondent à des besoins exprimés dans le cadre du renouvellement. Pour faire baisser le nombre d'appels, de mails et Pythéas entrants qui mobilisent toutes les équipes, il est important d'utiliser l'espace adhérent.

Et c'est encore plus vrai, pendant la période de fermeture.

L'intérêt est multiple :

- Mettre une option de « self-service » 7/24 avec en prime la possibilité de suivre l'évolution des demandes.
- Utiliser dès que possible les formulaires saisis par les adhérents pour automatiser tout ou partie du processus.
- Réduire les charges administratives des équipes internes (réseau, gestion...)

Bon à savoir

A l'issue des travaux en cours, l'espace adhérent et l'application deviendront les canaux privilégiés qui permettront à l'adhérent et à chaque acteur en lien avec celui-ci de suivre l'état d'avancement d'une demande quel qu'en soit le type.

Y compris quand la demande n'aura pas été initiée dans l'espace adhérent ou via l'application !

4. Le renouvellement technique des contrats

4.1 Renouvellement des contrats et des tarifs

C'est une opération de mise à jour technique des contrats et des tarifs sur laquelle la constitution des plis va se baser.

Les contrats sont renouvelés sur AVTIS à compter du 5 novembre pour un effet au 01/01/2022.

Les renouvellements se font successivement, entités après entités. Une entité désigne une structure juridique sur laquelle sont rattachés des contrats (ex : AGMF prévoyance, Panacea, Mutuelle du Médecin...).

Bon à savoir

Pour une entité donnée (exemple : AGMF prévoyance), si au moins 1 contrat ne peut être renouvelé, quelle qu'en soit la raison (voir chapitre suivant), c'est alors l'ensemble des contrats de cette entité qui ne seront pas traités.

A compter de cette première opération de mise à jour, les équipes utilisatrices d'AVTIS entrent en « période de renouvellement ».

4.2 Les contrats exclus du renouvellement

On trouvera ci-après les principaux motifs occasionnant pour le contrat d'un adhérent donné, un rejet du traitement de renouvellement sur AVTIS :

Les adhérents ayant au moins un contrat en attente (attente de sélection ou de pièces administratives) sont exclus afin de générer que des plis complets

Les contrats en situation d'impayés ayant été relancé par lettre recommandé sont exclus.

Les contrats présentant une incohérence empêchant le renouvellement sont exclus.

Bon à savoir

Si l'adhérent n'a pas son pli ou si ce dernier n'est pas disponible dans les onglets courriers (Espace adhérent, Hera, Interne) cela veut surement dire qu'il y a eu un rejet.

Pas de panique pour autant, il y a un lot de rattrapage qui viendra assurer le rôle de « voiture balai »

4.3 Lot de rattrapage

Une opération, dite de « rattrapage » ou « recyclage », est programmée mi-décembre de chaque année afin de renouveler les contrats exclus du premier lot et devenus entre temps, éligibles au renouvellement.

A l'issue de ce lot de rattrapage, un pli complet de renouvellement est adressé aux adhérents concernés.

Toutefois, les contrats ne pouvant toujours pas être renouvelés sont laissés en attente de régularisation.

Bon à savoir

Une fois généré ce lot de rattrapage, plus aucun contrat ne sera alors renouvelé automatiquement. Chaque opération de régularisation devra donc être traitée manuellement.

5. La période située entre renouvellement technique et l'envoi du pli

Une fois que les contrats et les tarifs sont techniquement renouvelés dans les outils, débute la phase de constitutions de plis.

Cette phase extrêmement complexe prend plusieurs semaines pour générer les différents lots de plis qui seront ensuite :

- Pour les plis papiers : imprimés et transmis à une société externe.
- Pour les plis dématérialisés : mis à disposition dans l'espace adhérent

Bon à savoir

Il y a donc une période d'environ 1 mois durant laquelle les contrats et cotisations sont déjà affichés aux valeurs de 2022 alors que l'adhérent n'a pas encore reçu son pli de renouvellement.

En cas de souscription nouvelle ou d'avenant, la facturation qui en découlera peut modifier une situation (renouvellement 2022) dont il n'a pas encore connaissance, ce qui chaque année suscite des incompréhensions.

5.1 Les modifications contractuelles avant réception des plis

À compter du renouvellement des contrats et cotisations, prévu le 5 novembre 2021 et jusqu'au 1^{er} janvier 2022 et comme tous les ans pendant cette période, les équipes utilisatrices vont devoir travailler autrement.

- Bien qu'étant en 2021, l'affichage des contrats, des garanties, des cotisations...est déjà celui de 2022.
- Les modifications prenant effet en 2021 ne peuvent être faites qu'après annulation manuelle du renouvellement. Après enregistrement des modifications il convient de renouveler de nouveau manuellement le contrat.
- Ces mouvements d'annulation du renouvellement + avenant + re renouvellement bien que parfaitement exacts et justifiés, apportent une impression de complexité.
- Pire, si l'avenant est traité avant la réception du pli de renouvellement, l'adhérent reçoit une facture qui prend en compte des informations à ce stade non connues par l'adhérent.
- Pour répondre à cette difficulté, une circulaire est jointe aux factures générées entre le renouvellement technique et la réception des plis.

5.2 La circulaire d'information

Chère adhérente, cher adhérent,

L'appel de cotisation ci-joint correspond à la mise à jour de vos garanties conformément à vos dernières instructions.

Vous avez demandé l'augmentation et/ou la diminution et/ou la résiliation de votre (vos) garantie(s) :

Nous vous informons que votre contrat pour l'année 2022 a été renouvelé antérieurement aux présentes modifications que nous venons d'enregistrer, et dont vous trouverez ci-joint l'appel de cotisations correspondant.

En conséquence, vous allez recevoir en décembre 2021, un avis d'échéance **dont il conviendra de ne pas tenir compte.**

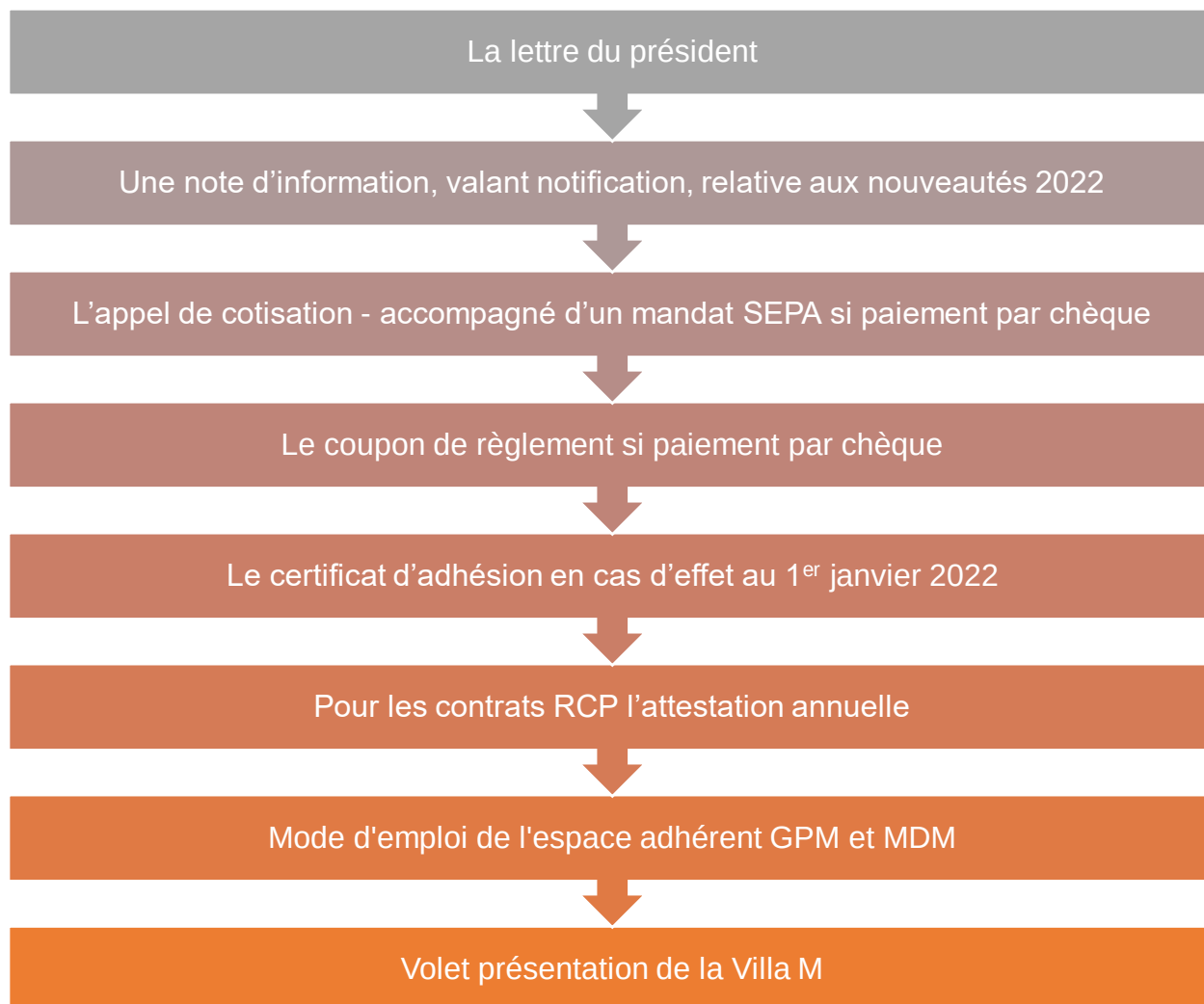
Nous restons à votre disposition pour toute précision complémentaire et vous prions de croire, Chère Adhérente, Cher Adhérent, à l'assurance de notre meilleure considération.

6. Le pli de renouvellement

Ce pli est adressé à l'ensemble des adhérents dont le ou les contrats ont fait l'objet d'un renouvellement.

6.1 La constitution du pli

Il contient :



Bon à savoir :

Le pli de renouvellement Panacea SA contient l'attestation de RCP.

Pour plus de visibilité, un lien spécifique est disponible via son espace personnel avec l'intitulé « attestation RCP 2022 ».

Donc les adhérents et tous les collaborateurs du Groupe en relation avec les adhérents sont autonomes pour la récupérer.

Il ne contient pas :

La carte de tiers payant qui fait l'objet d'un envoi séparé

6.2 Les modes d'envois

6.2.1 Les plis « papier » :

Seuls les adhérents n'ayant pas optés pour la dématérialisation (ou n'étant pas éligibles) recevront les plis de renouvellement par la poste.

Bon à savoir

Les plis seront transmis début décembre pour une réception après le délai postal. Les plis du lot de rattrapage seront transmis pour une réception fin décembre.

6.2.2 Les plis dématérialisés :

Après mise à disposition des plis dans l'espace adhérent, l'adhérent ayant opté pour la dématérialisation des échanges recevra une notification par mail lui indiquant que le pli de renouvellement 2022 est disponible.

Bon à savoir

L'adhérent recevra autant de notification qu'il a de plis (exemple : s'il a de plis pour AGMF Prévoyance et Panacea SA, il recevra deux notifications).

Tous les adhérents et les collaborateurs en relation avec l'adhérent accèdent aux plis de renouvellement.

- **Je suis adhérent :**
En me connectant à mon espace adhérent et en allant dans mon onglet « mes documents ».
- **Je suis conseiller ou gestionnaire :**
En accédant à l'onglet « Courriers » de la fiche adhérent.

En pratique

Chaque collaborateur en relation avec l'adhérent est autonome pour obtenir la réédition d'un pli de renouvellement.

Il n'est donc pas nécessaire de se rapprocher des services du Siège pour obtenir la réédition d'un pli qui a déjà été généré.

7. Les tarifs

7.1 Les évolutions tarifaires

Les évolutions tarifaires sont proposées à notre conseil d'administration pour étude et validation.

Une fois que les tarifs sont validés, ils sont paramétrés dans les outils afin de générer les factures 2022.

7.1.1 AGMF Prévoyance

Santé • Ancienne gamme : +1% • Nouvelle gamme : +1.5% • CPH/ SML : +1% • Gamme étudiante : 0% • Adoha : +1.5%	Décès • 0%	Dépendance • 0%
Incapacité/ Invalidité • Professions médicales : +3%	Incapacité / Invalidité • Professions non médicales hors kiné et infirmier: +5% • Infirmier : +5% • Kiné : +7%	Emprunteur • 0%

Bon à savoir

Nos adhérents libéraux bénéficiant de l'offre « Maintien des Revenus », les barèmes des garanties IJRO (CARMF/ CARPIMKO/ CARCDSF) ont été réajustés pour prendre en compte la réduction tarifaire suite à l'entrée en vigueur de l'IJ CNAVPL.

Pour les garanties IJLD, les barèmes n'en tiennent pas compte (car barèmes communs aux adhérents éligibles à la remise et aux adhérents non éligibles) mais la remise accordée sur cette garantie a été reconduite pour 2022.

7.1.2 MDM

Santé • +1.5%	Décès • 0%	Dépendance • 0%
Arrêt de travail • Pre-CARMF • Pre-CARPIMKO • Pre-CARCDSF • IJ Forfaitaire hospitalisation • +3%	Arrêt de travail • IJ CNP : 0%	

7.1.3 Panacea SA

RCP • 0%	MRP • +5% pour tous les produits (ex-MATMUT ainsi que pour l'offre PANACEA)	MRO • +5% à +10% en fonction de la sinistralité • +5% pour les affaires nouvelles
PP ET SEL • AT : 5% • VIE : 0%	Chien/chat • 0%	

7.1.4 GPMA

HOSPI SANTE	GAV
• +5%	• 0%

7.2 Ouverture des tarifs 2022

7.2.1 Confirmation des contrats en attente des tarifs 2022 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2022 dans les outils, tous les contrats ayant un effet supérieur ou égal au 01/01/2022, laissés en attente de confirmation (avec un statut « ATOK »), sont facturés fin octobre.

7.2.2 Ouverture des tarifs 2022 sur 2023 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2022 dans les outils, les tarifs 2023 sont ouverts (sur la base des tarifs 2022) pour pouvoir effectuer les reprises à la concurrence sans blocage des outils.

7.3 Comment sont calculées les cotisations 2022

7.3.1 Evolution en fonction du taux d'augmentation :

Très important

Les évolutions tarifaires s'appliquent à âge identique. Or chaque année l'adhérent prend 1 an. Cette règle ne s'applique pas pour les contrats Panacea.

Exemple : l'adhérent avait 40 ans en 2021, sa cotisation santé était de 1000 €
Si l'adhérent avait eu 41 ans en 2021, sa cotisation santé était de 1020 €

Le tarif santé 2022 évolue de +1.5%.

La cotisation 2022 ne sera pas de $1000 * 1.015 = 1015,00$ € sachant que l'adhérent aura maintenant 41 ans !

Ainsi pour calculer sa cotisation il faut connaître le tarif 41 ans de 2022 et lui appliquer l'augmentation des 1.5%.

Donc la cotisation 2022 sera égale à $1020 \text{ (tarif 41 ans)} * 1.015 = 1035.30$ €
Pour l'adhérent l'augmentation ressentie est de **3.53%**.

7.3.2 Evolution en fonction des diminutions de réduction tarifaire :

L'adhérent peut bénéficier de réductions tarifaires dont les taux peuvent évoluer dans le temps (à la baisse).

Ces baisses de réductions accentuent la sensation d'augmentation tarifaire provoquant chaque année des réclamations d'adhérents qui ne comprennent pas les factures.

Exemple : suite de l'exemple précédent

Comme nous l'avons vu, la cotisation 2022 sera égale à $1020 * 1.015 = 1035.30 \text{ €}$
 Pour l'adhérent l'augmentation ressentie est de 3.53%

Partons du principe que notre adhérent bénéficie d'une réduction 1^{ère} installation de 50% qui prend fin au 31/12/2021.

Donc la cotisation 2022 sera égale à $1035.30 * 2 = 2070.60 \text{ €}$
 Pour l'adhérent l'augmentation ressentie est de **53.53%**

7.3.3 Cotisation associations souscriptrices

Les personnes ayant adhéré à un contrat par l'intermédiaire d'une société souscriptrice (ARPAG, ALIPER) doivent s'acquitter d'une cotisation pour l'année 2022 de 5€.

Cette cotisation est affichée sur la facture.

En fonction du mode de règlement, la cotisation sera prélevée avec la 1^{ère} échéance ou payable par chèque avec le reste des contrats.

7.4 Participation aux excédents (PB vie)

7.4.1 PB vie 2022

Pour les contrats vie, AGMF Prévoyance reverse de nouveau cette année une participation aux excédents qui se décline comme suit :

Contrats décès
• 10% des cotisations • 40 € sur la facture globale

Ces réductions sont affichées sur la facture.

8. Revalorisations

8.1 Indexation des bases de garanties

Le taux d'indexation 2022 des bases de garanties est de **0.4614 %**.

Bon à savoir :

Les bases de garanties seront réévaluées annuellement en fonction de cet indice. La cotisation est calculée à partir de cette nouvelle base de garantie ce qui induit une petite augmentation proportionnelle.

8.2 Planchers et plafonds

- Contrats Madelin :

GARANTIES	MONTANTS CONCERNES	VALEURS 01/01/2022
Indemnités Journalières LD & indemnités journalières de remplacement / IJ Courte Durée & IJ Relai	Minimum/Maximum IJ (non-salariés)	12€ / 477€
Frais Professionnels	FP limités par jour à	523 €
Rente d'invalidité	Minimum/Maximum rente annuelle	6128€ / 105 767€
Rente de conjoint (HORS formule temporaire complémentaire CARMF)	Minimum (rente fixe temporaire ou viagère)	1960 €
	Maximum (rente fixe temporaire ou viagère)	39 874 €
	Annuité de base (rente viagère complémentaire variable)	Min 214 € Maxi 1270 €
Rente éducation	Minimum/Maximum annuel	1201€ / 13748€
IJ CARMF		69 € / 102 € / 137 € avant 65 ans 34, 8298287 € / 52, 23972 € / 69, 6496113 € après 65 ans*
Rente de conjoint	Mini annuel	2238 €
Temporaire	Maxi annuel	5575 €
Complét. CARMF	Calcul rente	333 €
Rente additionnelle CARMF	Maximum annuel	21319 €
IJ CARCDSF- DENTISTES		101 € (51 € après 65 ans*)
IJ CNBF		65 € (33 € après 65 ans*)

IJ CARPIMKO		56 €
IJ CARCDSF-SAGES FEMMES		20 € /39 € /58 € 10 € / 20€ / 29€ après 65 ans
IJ CARPV	Minimum/Maximum	12 € /477 €
IJ Artisans	Minimum/Maximum	12 € /477 €
Indemnités journalières pharmaciens	Minimum/Maximum	12 € /477 €
Rente d'invalidité pharmacien	Minimum/Maximum	6128 € /171 341 €
Indemnités journalières auxiliaires médic	Minimum/Maximum	12 € /477 €
Rente d'invalidité auxiliaires médic		6128 € /105 767 €

- Contrats Non Madelin :

GARANTIES	MONTANTS CONCERNES	VALEURS 01/01/2022
Décès Accident / Accident circulation	Maximum majoration	439 691 €
Rente Education	Minimum (rente annuelle par enfant) Maximum (rente annuelle par enfant)	1 201 € 13 748 €
Rente de conjoint (HORS formule temporaire complémentaire CARMF)	Minimum (rente fixe temporaire ou viagère) Maximum (rente fixe temporaire ou viagère) Annuité de base (rente viagère complémentaire variable)	1 960 € 39 874 € 214 € 1 270 €
Indemnités Journalières longue durée / IJ Courte Durée / IJ Relai	Minimum IJ Maximum IJ	12 € 477 €
IJ Frais professionnels	FP limités par jour à	291€ 523 € pour les médecins / chirurgiens-dentistes
IJ Frais Généraux Permanents (contrat SEL)	FP limités par jour à	523 € (toutes professions libérales)
Rente d'invalidité	Minimum rente annuelle Maximum rente annuelle	6 128 € 105 767 €
Capital invalidité perte de profession	Minimum	19 580 €
	Maximum	475 950 €
Capital invalidité accident	Minimum	19 580 €

	Maximum	290 859 €
Rente dépendance	Minimum Mensuel	370 €
	Maximum Mensuel	2 859 €
Aide immédiate au décès (AID)	Montant standard 2/3 PMSS N-1	2 285 €
Frais d'obsèques	Coefficient du PMSS n-1 : 2/3, 1 ou 1,5	2/3 PMSS 2021 = 2285 € 1 PMSS 2021 = 3428 € 1,5 PMSS 2021 = 5142 €
Rente de conjoint temporaire complémentaire CARMF	Minimum annuel	2 238 €
	Maximum annuel	5 575 €
Rente additionnelle CARMF	Calcul rente	333 €
	Maximum annuel	21 319 €
RAP décès par accident	Montant du capital (classes fixes)	253 155 €
		506 310 €
		759 464 €
RAP rente suite accident	Montant rente (classes fixes)	27 981 €
		55 959 €
		83 940 €
RAP incapacité temporaire suite accident	Minimum IJ	12 €
	Maximum IJ	225 €
RAP incapacité temporaire vie privée	Minimum IJ	12 €
	Maximum IJ	225 €
Frais d'obsèques	Coefficient du PMSS n-1 : 2/3, 1 ou 1,5	2/3 PMSS 2021 = 2285 € 1 PMSS 2021 = 3428 € 1,5 PMSS 2021 = 5142 €

9 La gestion des Plis Non Distribués (PND)

La non-distribution d'un pli à son destinataire génère des conséquences financières et relationnelles importantes qu'il est nécessaire d'anticiper.

Par ailleurs, suite aux contrôles de l'ACPR, notre dispositif a été jugé défaillant et nécessitant une mise en conformité. Il est fort probable que notre dispositif soit de nouveau contrôlé. Il serait très fâcheux que les mêmes défaillances soient de nouveau remontées par notre organisme de tutelle.

C'est pourquoi, 100% de nos PND doivent être gérés.

9.1 Les actions préventives

Actuellement, au moins une fois par an, une mise à jour de nos adresses postales est réalisée par un prestataire.

Cette prestation qui se base sur les référentiels postaux consiste à reformater nos adresses au format attendu par la poste, à corriger les erreurs constatées et à faire une recherche des démenagés.

Bon à savoir

La Poste préconise une prestation tous les 6 mois afin d'avoir une base des adresses à jour.

Les adresses non mises à jour automatiquement doivent l'être par une opération manuelle portée par les équipes responsables de la base personne.

Très important

Si le traitement par le prestataire met en évidence une adresse litigieuse, il est fort probable que le pli papier distribué entraîne un PND.

Ne pas gérer les adresses litigieuses est d'accepter le risque d'insatisfaction de ces adhérents et le risque réglementaire qui pourrait découler de la non-réception d'un pli.

9.2 Les actions curatives

Du fait d'un manque de temps, le traitement des PND, long et fastidieux, n'a par le passé jamais été identifié comme une priorité.

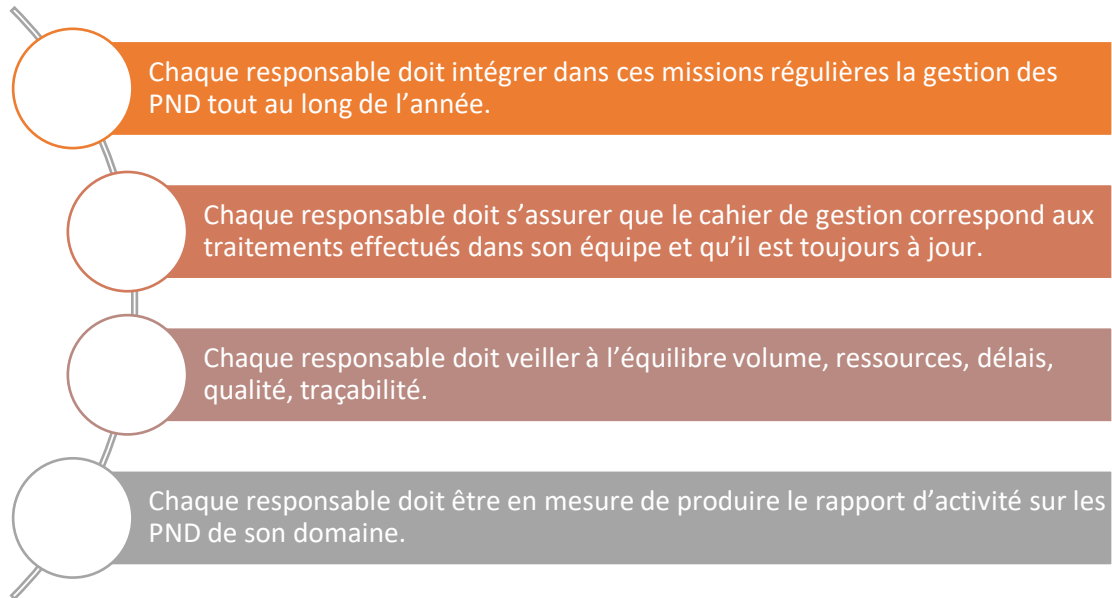
Or, comme nous l'avons vu, le Groupe a l'obligation de traiter les PND selon le cahier de gestion prévu à cet effet.

C'est encore plus vrai pour les plis du renouvellement car outre les factures ils servent aussi à transmettre des communications officielles et des informations contractuelles.

On entend par « traiter les PND du renouvellement » le fait de rechercher les adresses par tous moyens afin de réacheminer le plus rapidement possible le pli à son destinataire. Les actions réalisées par les différents acteurs du Groupe doivent être tracées afin de justifier des actions réalisées.

Une action réalisée mais pas tracée est considérée comme non effectuée !

Les grandes actions :



9. La facture du renouvellement

9.1 Affichage globale de la facture



APPEL DE COTISATION EMIS LE

N° COMPTE : 87748

PROTECTION DÉCÈS AGMF		Messages ** , 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
CAPITAL DECES PTIA-VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					1 328,51 €
Remise participation aux excédents					-132,85 €
DOUBLEMENT ACC. VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					34,88 €
TRIPLT ACC. CIRC. VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					15,26 €
Cotisation TTC					1 245,80 €

Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte FR76305010347000502584**** de DOCTEUR STERN MICHEL

(1) 01/01/2022 : 108,82 € 01/02/2022 : 103,82 € 01/03/2022 : 103,82 € 01/04/2022 : 103,82 € 01/05/2022 : 103,82 € 01/06/2022 : 103,82 € 01/07/2022 : 103,82 € 01/08/2022 : 103,82 € 01/09/2022 : 103,82 € 01/10/2022 : 103,82 € 01/11/2022 : 103,82 € 01/12/2022 : 103,78 €

(1) Ajoutée à la première échéance de l'année : Cotisation annuelle d'adhésion à l'association souscriptrice ARPAG	5,00 €
--	--------

Remise suite participation aux excédents -40,00€

Le solde de votre compte client s'élève à 1 210,80€

9.2 Affichage facture par contrats

- Le libellé du contrat,
- Le libellé des garanties,
- Le détail des cotisations : cotisation de base = cotisation 2022 hors mino, majo et taxes,
- Remise participation aux excédents = 10% de PB vie 2022,
- Montant garanti (montant ré indexé chaque année),
- Effet de la garantie,
- Terme de la garantie = attention - très important dans le cadre des garanties arrivées à leurs termes,
- Le montant des cotisations,
- Le mode de règlement (et l'échéancier du contrat).

PROTECTION DÉCÈS AGMF		Messages ** , 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
CAPITAL DECES PTIA-VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					1 328,51 €
Remise participation aux excédents					-132,85 €
DOUBLEMENT ACC. VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					34,88 €
TRIPLT ACC. CIRC. VIE ACTIVE		43 605,00 €	01/01/2022	31/12/2022	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					15,26 €
Cotisation TTC					1 245,80 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte FR/8300010347000502584**** du DOCTEUR STERN MICHEL (1) 01/01/2022 : 103,82 € 01/02/2022 : 103,82 € 01/03/2022 : 103,82 € 01/04/2022 : 103,82 € 01/05/2022 : 103,82 € 01/06/2022 : 103,82 € 01/07/2022 : 103,82 € 01/08/2022 : 103,82 € 01/09/2022 : 103,82 € 01/10/2022 : 103,82 € 01/11/2022 : 103,82 € 01/12/2022 : 103,78 €					

9.3 Affichage de la cotisation « association souscriptrice » :

Cette cotisation est obligatoire.

(1) Ajoutée à la première échéance de l'année : Cotisation annuelle d'adhésion à l'association souscriptrice ARPAG	5,00 €
--	--------

9.4 Affichage de la remise PB vie 2022 de 40 €

Remise suite participation aux excédents	-40,00€
--	---------

9.5 Affichage solde du compte client

Le solde de votre compte client s'élève à	1 210,80€
---	-----------

9.6 Synthèse du calcul :

Cotisation annuelle = Cotisation par contrat + Cotisation association + Remise PB vie 2022 = 1245.80€ + 5 € – 40 € = 1210.80€

10. Paiement des cotisations

L'adhérent peut s'acquitter de ses cotisations soit par chèque annuel soit par prélèvements. En cas de prélèvements, la cotisation peut être étalée selon la périodicité choisie par l'adhérent (annuelle, trimestrielle, semestrielle, mensuelle)

10.1 Chèque annuel

- L'adhérent doit payer sa cotisation avant la date indiquée sur le coupon de règlement.
- Il doit joindre à son chèque le coupon de règlement joint afin de faciliter les opérations d'encaissements (manuelles).

Dans la continuité de l'exemple précédent, l'adhérent devra s'acquitter de 1210.80€ avant le 10/01/2022. Passée cette date, la dette passe en impayée.

Bon à savoir

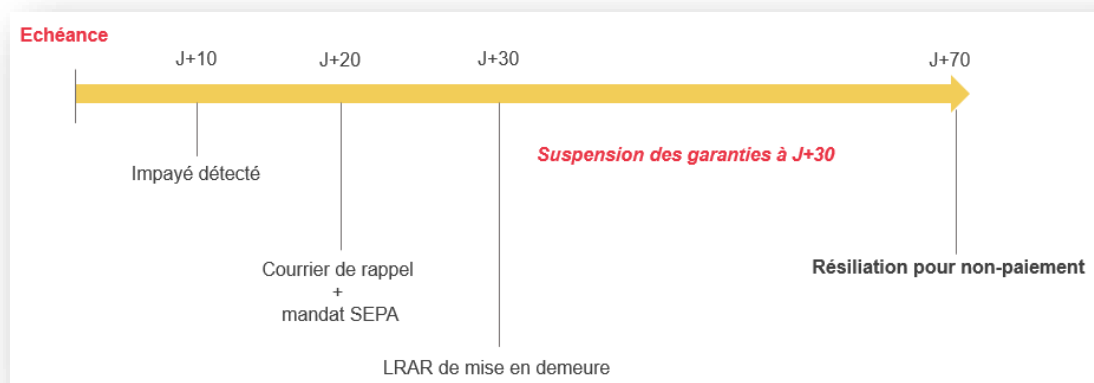
Si l'adhérent est en mode de règlement par chèque, un mandat de prélèvement est systématiquement joint à son pli de renouvellement afin de l'inciter à basculer en prélèvement.

Il est important de valoriser le prélèvement riche en simplification pour l'adhérent et pour le Groupe. La cible est 0 chèque !

10.2 Les impayés (le pré contentieux) :

La dette par chèque est considérée comme impayée dès que la date limite de paiement est dépassée.

Il y a plusieurs niveaux de relances :



10.3 Prélèvement automatique

L'adhérent ayant opté pour le prélèvement voit ses cotisations fractionnées selon ses préférences (en mensuel, en trimestriel, en semestriel ou en annuel).

Dans la continuité de l'exemple précédent, l'adhérent devra s'acquitter de 1210.80 € par prélèvement mensuel le 1er de chaque mois. L'échéancier sera établi comme suit :

10/01/2022 : 68.82€
 10/02/2022 : 103.82€
 10/03/2022 : 103.82€
 10/04/2022 : 103.82€
 10/05/2022 : 103.82€
 10/06/2022 : 103.82€
 10/07/2022 : 103.82€
 10/08/2022 : 103.82€
 10/09/2022 : 103.82€
 10/10/2022 : 103.82€
 10/11/2022 : 103.82€
 10/12/2022 : 103.78€

= 1210.80 €

10.4 Rejet de prélèvement :

Il y a globalement 2 catégories de rejets : « compte sans provision » et « compte » bloqué (ex : soldé).

En cas de motif « compte sans provision », l'échéance est représentée dès que possible. Au 3^e rejet, le mode de paiement pour les contrats du compte client bascule en mode « chèque » et le compte est relancé pour non-paiement.

En cas de motif « compte bloqué », le mode de paiement pour les contrats du compte client bascule immédiatement en mode « chèque » et le compte est relancé pour non-paiement.

11. Résiliation

11.1 Loi Chatel

11.1.1 Général

Les contrats sont renouvelables, chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation de la part de l'adhérent avant le 31 octobre (ou dans les 20 jours suivant l'envoi de votre avis d'échéance si celui-ci vous est adressé après le 15 octobre), par lettre (adressée à notre siège social), mail ou tout autre moyen, tel que précisé dans votre Notice d'Information.

Ces règles ne s'appliquent pas aux contrats emprunteurs.

11.1.2 En pratique

- Si le pli de renouvellement a été adressé lors de la 1^{ère} vague (1^{ère} semaine de décembre), l'adhérent a jusqu'au 31/12/2021 pour nous faire part de la résiliation.

- Si le pli de renouvellement a été adressé lors du lot de rattrapage (2^{ème} quinzaine de décembre), l'adhérent a jusqu'au 20/01/2022 pour nous faire part de sa résiliation loi Chatel.
- Si après le lot de rattrapage, le pli de renouvellement d'un contrat a été généré manuellement, l'adhérent a 20 jours pour nous faire part de sa demande de résiliation au titre de ce contrat uniquement.

11.1.3 Impact du lot de rattrapage

Le lot de rattrapage du renouvellement est adressé fin décembre ce qui décale le délai d'application de la loi Chatel. Donc il n'est pas incohérent qu'il y ait de résiliation prise en compte en janvier.

11.1.4 Impact des traitements différés

En fonction des délais de gestion constatés fin d'année 2021 et début d'année 2022 (notamment dans le cadre de la fermeture de fin d'année), il est à prévoir que des demandes de résiliations seront traitées jusqu'en janvier.

11.2 Résiliation infra annuelle santé (Rappel)

Rappel, depuis le 1^{er} décembre 2020, les adhérents ont la possibilité de résilier sans frais et à tout moment, après la première année de souscription, l'adhésion à leur garantie santé.

Cette demande de résiliation qui peut être faite par lettre, mail ou selon les autres modalités prévues dans la Notice d'Information ou Règlement mutualiste, prendra effet un mois après réception de ladite demande de résiliation par l'organisme assureur (qui la confirme par écrit à réception).

L'organisme assureur a 30 jours à compter de la résiliation pour rembourser le montant des cotisations indument prélevé.

12. Reprises à la concurrence 2023

12.1 Ouverture des tarifs 2022 sur 2023 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2022 dans les outils, les tarifs 2023 (sur la base des tarifs 2022) sont ouverts pour pouvoir effectuer les reprises à la concurrence sans blocage des outils de souscription.

12.2 Sélection médicale

La durée de validité des examens médicaux étant de 6 mois, il n'est pas possible de donner un avis médical dès lors que l'écart entre la date des examens et l'effet du contrat est supérieur à 6 mois.

Les conseillers notamment les développeurs font dès à présent des reprises à la concurrence à effet du 01/01/N+1 donc ne sont pas en mesure de fournir les examens.

Cela a un impact immédiat sur le business réalisé pendant le 1^{er} semestre. Pour répondre à cette problématique, nous avons validé l'organisation suivante :

- Réseau :

Le conseiller envoie le BA en précisant clairement sur la fiche de liaison qu'il s'agit d'une reprise à la concurrence à effet du 01/01/N+1.

- Gestion des contrats :

La gestion des contrats réceptionne et enregistre le contrat à effet du 01/01/N+1 avec le code apporteur du conseiller.

Le gestionnaire ajoute une note à l'attention du Contrôle Médical pour préciser qu'il s'agit d'une reprise à la concurrence identifiée.

- Contrôle médical :

A la date de saisie du dossier :

Le Contrôle Médical identifie que le dossier est pour une reprise à la concurrence.

Normalement le dossier est reçu sans aucune pièce médicale faute de quoi il y a une incohérence liée à la durée de validité des pièces médicales comme vu précédemment.

Sur AVTis, le Contrôle Médical laisse les pièces médicales en MND (code sur les pièces qui indique que le dossier n'a pas été étudié médicalement).

Le dossier ne fera donc pas l'objet d'une relance médicale et donc aucune information ne sera envoyée aux conseiller par le biais des « no reply ».

En GED, le dossier est mis en attente jusqu'au 01/07/N avec le motif « Reprise concurrence ».

Bon à savoir

Si le conseiller reçoit un no reply, c'est que les équipes de gestion n'ont pas identifiés clairement la reprise à la concurrence et donc que le dossier poursuit un circuit normal de gestion.

Le conseiller devra se rapprocher en urgence de l'AR pour que les justes instructions soient données afin que le dossier rebascule dans un circuit « Reprise concurrence ».

L'échéance de l'attente étant expirée, le Contrôle Médical poursuit le traitement de l'affaire GED.

En GED, il faudra basculer l'attente du « Motif Reprise concurrence » à « Pièces médicales » avec une date échéance + 1 mois (délai classique).

Sur AVTis, le Contrôle Médical passe les pièces médicales de « MND » à « En Attente » ce qui va déclencher un courrier à l'attention de l'adhérent pour lui réclamer les formalités nécessaires.

Un no reply d'information va être déclenché par le système vers le conseiller en charge du secteur.

- Réseau :

A compter du 01/07/N, le conseiller se rapproche de son adhérent pour lui réclamer les pièces médicales.

- Contrôle médical et Gestion des contrats :

Le dossier suivra ensuite un cycle de traitement classique pouvant ou non aboutir à la finalisation du dossier.

12.3 Prestations Prévoyance : devoir de conseil

Très important !

Dans le cadre des reprises à la concurrence, l'effet du contrat est différé dans le temps. Or il n'est rare que l'adhérent ait un sinistre avant l'effet du contrat ou pendant la période de carence.

Malgré l'acceptation du risque, GPM ne saurait être engagé avant le terme de la carence. Pas de dérogation possible.

En pratique

Il est très important de bien formaliser ce point lors de la souscription afin de vous prémunir de tout défaut de conseil.

13. Fermeture de fin d'année

Les équipes du siège dans leur totalité ne travailleront pas du vendredi 24 décembre au soir jusqu'au 3 janvier au matin.

Comme l'année dernière, il est à prévoir dans toutes les équipes une accumulation des demandes à traiter avec une augmentation des délais de traitement.

Ces délais se cumuleront aux délais déjà constatés et s'étaleront sur tout le 1^{er} trimestre 2022.

14. Annexes

14.1 AGMF

14.1.1 Lettre du Président

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Les derniers mois de crise sanitaire que nous venons de vivre ont profondément modifié notre exercice médical.

Face à une situation aux conséquences multiples, et comme je vous l'exprimais dans mon courrier de décembre dernier, Groupe Pasteur Mutualité a amplifié ses initiatives confraternelles au service des soignants.

Nous nous engageons plus que jamais sur le chemin du mouvement, de l'inventivité et de la création au bénéfice de nos adhérents et des soignants, fidèles en cela à nos deux valeurs fondatrices : **solidarité et bienveillance**.

Je vous invite à prendre connaissance **des principales mesures prises pour 2022, mais aussi de nos initiatives pour mieux vous accompagner et prévenir les risques**. Ces dispositions, applicables à vos garanties pour 2022, sont détaillées dans la note d'information jointe à votre appel de cotisation.

ACTIONS d'ACCOMPAGNEMENT et de SERVICES

PRÉVENTION

Le Programme M vient en aide aux médecins, aux internes et aux étudiants en médecine rencontrant des difficultés au quotidien : stress, surmenage, burn-out, addictions, problèmes personnels ou professionnels...

Il s'inscrit dans notre démarche d'accompagnement confraternel.

Le Programme « Boxe à l'hôpital » propose aux équipes médicales et soignantes des établissements hospitaliers, des cours de cardio-boxe de 45 minutes délivrés par des coachs expérimentés et certifiés.

#Onattendpasdemain, pour aider les étudiants en santé avec des repas offerts.

Le Programme M et Boxe à l'hôpital sont financés par le Fond de dotation Villa M, premier fond de dotation dédié à l'accompagnement des professionnels de santé. Ces deux programmes bénéficient du soutien de Groupe Pasteur Mutualité.

FORMATION = M-SOIGNER

M-Soigner, l'organisme de formation de Groupe Pasteur Mutualité, propose tous les mois des formations éligibles DPC, en classes virtuelles ou en réunions présentielles. Elles ont vocation à accompagner les professionnels de santé dans la mise en œuvre de politiques de prévention, à faire évoluer leur pratique et à anticiper les prises en charge de demain.

VILLA M

Villa M, la nouvelle destination privilégiée et dédiée aux soignants, imaginée par Groupe Pasteur Mutualité, ouvre ses portes à PARIS.



AGMF PRÉVOYANCE - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN n°775 666 340
1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr

LAGVF-2022



INNOVATIONS PRODUITS

MAINTIEN DE REVENUS / PRÉVOYANCE

Une nouvelle offre : GPM Sérénité revenus

Elle tient compte des enseignements de la crise et répond à la mise en place des Indemnités journalières CNAVPL au 1^{er} juillet 2021 pour vous proposer des nouvelles formules de garanties pour maintenir vos revenus.

Pour rappel, le conseil d'administration d'AGMF Prévoyance a décidé de rembourser une partie des cotisations 2021 du contrat Maintien de revenus liées aux garanties Indemnités Journalières complémentaires au régime professionnel (JRO) et de longue durée (JLD), dont la franchise est inférieure à 90 jours. Votre conseiller se tient à votre disposition pour adapter votre contrat.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

- Prise en charge Hospitalisation et Dentaire

Notre objectif : simplifier vos démarches en facilitant les remboursements dentaires et hospitalisation avec le concours de notre partenaire VIAMEDIS. Ceci est une 1^{re} étape indispensable en vue de l'entrée en vigueur du dispositif ROC.

- Hôtels hospitaliers

Une prise en charge de l'hébergement temporaire non médicalisé en hôtel hospitalier en cohérence avec le décret du 25 août 2021 et qui complète, selon votre contrat, celle que nous apportons depuis 2016.

- Forfait Patient Urgences

Nous prenons en charge intégralement le Forfait Patient Urgences pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Ce forfait a été instauré par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2021.

SANTÉ ANIMALE : GPM Chien&Chat

Convaincu des liens étroits entre santé humaine, animale et environnementale, nous avons créé une solution de protection pour les animaux de compagnie avec vos administrateurs vétérinaires.

Avec GPM Chien&Chat assuré par PANACEA Assurances, 3 formules de garanties sont proposées pour tenir compte de la diversité des besoins de prise en charge de votre compagnon.

NOUVELLES FONCTIONNALITÉS POUR VOTRE ESPACE ADHÉRENT

Avec la rubrique « Mes demandes », vous pourrez : faire une demande de prise en charge de vos frais de santé, ou un devis, modifier vos coordonnées bancaires et mettre en place un prélèvement automatique. Vous pourrez bientôt retrouver ces fonctionnalités sur notre appli mobile. URL de Votre espace adhérent : <https://espace-adherent.gpm.fr/component/content/article.html?id=7>

POLITIQUE TARIFAIRE

Le conseil d'administration a souhaité que notre engagement mutualiste impacte directement notre politique tarifaire, ceci en cohérence avec nos résultats techniques et les contraintes réglementaires.

- COMPLÉMENTAIRE SANTÉ :

Pour 2022, les cotisations de nos complémentaires santé évoluent de 1 ou de 1,5%, selon les contrats détenus.

- ARRÊT DE TRAVAIL / DÉCÈS :

Les évolutions des tarifs arrêt de travail ont été fixées en fonction des résultats observés auxquelles s'ajoute l'augmentation due à l'âge.

Le conseil d'administration a décidé de poursuivre la redistribution des excédents d'AGMF Prévoyance au bénéfice des adhérents sur le risque décès : capital décès - PTIA, (hors garantie de prêt), rente de conjoint, rente d'éducation. Ainsi, les adhérents d'une garantie décès bénéficient d'une réduction pour 2022 d'au moins 10% de leur cotisation décès.

- COUVERTURE DE PRÊT et AUTONOMIE :

Pour la deuxième année consécutive les tarifs des garanties Couverture de prêt et Autonomie restent inchangés pour 2022.

Je vous remercie de votre confiance et de votre fidélité confraternelle.

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

01 40 54 54 54

DU LUNDI AU VENDREDI - DE 8H00 À 18H00



Docteur Bertrand MAS-FRAISSINET
Président d'AGMF Prévoyance

AGMF PRÉVOYANCE - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN n°775 666 340
1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr

14.1.2 Le mode d'emploi « espace adhérent »

ACCÈS À VOTRE ESPACE ADHÉRENT

<https://espace-adherent.gpm.fr>

Pour une connexion optimisée, nous préconisons d'utiliser un de ces navigateurs : Chrome, Firefox, Safari ou Edge.



>>> J'ACCÈDE ET JE ME CONNECTE À MON ESPACE ADHÉRENT

>>> JE RETROUVE TOUS MES DOCUMENTS EN 1 CLIC !

Votre espace adhérent est :

- Sécurisé
- Accessible sur tablette ou smartphone.



Grâce à votre espace adhérent vous allez pouvoir :

- Effectuer vos démarches en ligne, facilement et rapidement.
- Suivre vos remboursements.
- Économiser du temps et du papier.
- Accéder et télécharger votre carte de tiers-payant dématérialisée, en cliquant sur « Je veux » à partir de la page d'accueil « Contrat Santé ».
- Faire une demande de prise en charge de vos frais de santé, ou un devis, modifier vos coordonnées bancaires et mettre en place un prélèvement automatique.



GIE GPM - Groupement d'Intérêt Économique au capital de 15.092,55 euros, inscrit au Registre du Commerce et des Sociétés sous le numéro 378 629 927 RCS PARIS, dont le siège est situé 1 boulevard Pasteur 75015 Paris.

www.gpm.fr

14.1.3 La communication « Villa M »



V
I
L
A
M



**VENEZ DÉCOUVRIR UN LIEU UNIQUE AU MONDE
POUR CONSTRUIRE LA SANTÉ DE DEMAIN**

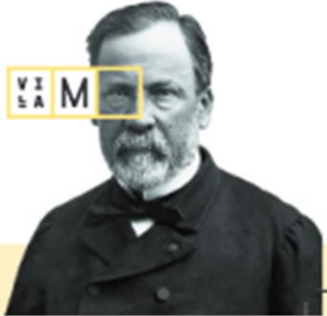
Imaginez une villa Médicus de la santé, entièrement tournée vers le bien-être, l'individu. Un lieu hybride capable de prendre soin de nos besoins essentiels : bien dormir, bien manger, travailler, échanger, créer, se dépenser, innover, se soigner, apprendre, s'émerveiller, rêver.

**UN HAVRE HOLISTIQUE CONÇU
POUR LES SOIGNANTS ET OUVERT À TOUS**

Nous avons conçu Villa M pour tous les acteurs du monde de la santé, pour qu'ils s'y retrouvent, prennent soin d'eux, échangent sur les dernières innovations en santé, confrontent leurs idées et se forment pour relever ensemble les défis de la médecine de demain.

**8000 M2 AU COEUR DE PARIS DEDIES À LA SANTÉ, À L'HOSPITALITÉ ET
AU MUTUALISME DE DEMAIN, PENSÉS PAR GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ**

CENTRE DE PRÉVENTION
MAISON SPORT-SANTÉ
CLUB BOXE & FITNESS
ESPACE BIEN-ÊTRE
ESPACE MOBILITÉ DURABLE
CENTRE DE CONFÉRENCES
ESPACES DE COWORKING
CREATIVE STORE
HÔTEL
RESTAURANT



V
I
L
A
M

VILLA M, L'ÉCOSYSTÈME GLOBAL DE PROMOTION ET DE DÉVELOPPEMENT DE TOUTES LES SANTÉS



Villa M est un concept architectural et fonctionnel ouvert sur la santé et le mieux-être de tous ; une immense maison de verre, intelligente et bouillonnante, qui envisage la santé dans toutes ses dimensions : le soin, la prévention, l'accompagnement, les activités physiques et sportives, l'environnement, l'alimentation, le repos. C'est une nouvelle philosophie de vie où prendre soin de soi et des autres, se préoccuper de la nature, imaginer, créer et rêver, deviennent des réalités.

ENTREZ DANS NOS ESPACES !

VILLA M SANTÉ-PRÉVENTION

Le centre de prévention dédié aux professionnels de santé et à tous ceux qui font de leur santé une priorité. Villa M Santé-Prévention propose des prises en charge médicales et non médicales liées à l'épuisement professionnel, aux addictions, à la nutrition, à la gestion du stress...

CLUB BOXE & FITNESS

Pour faire de chacun d'entre nous le champion de lui-même. Envisager la boxe comme levier de développement personnel.

RÉUNIONS ET CONFÉRENCES

Le nouveau lieu de référence des événements du monde de la santé. Pour se rassembler, célébrer, échanger ou se former.

COWORKING

Pour tous ceux qui veulent travailler dans un lieu de vie et d'innovation unique. Quelques heures entre deux rendez-vous, à la journée ou plus longtemps...

SHOWROOM INNOVATION

3 capsules de découverte multi-équipées, adaptées à tous les usages. Un environnement inédit pour partager ses dernières innovations et les faire tester.

ESPACE BIEN-ÊTRE

Pour faire peau neuve, se détendre et retrouver son énergie. Une offre de soins complète, bonne pour le corps et pour l'esprit.

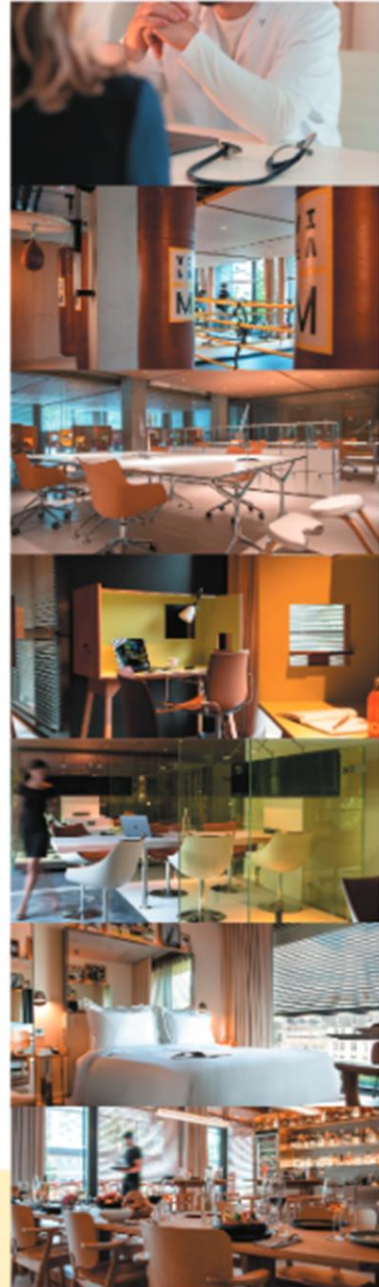
HÔTEL

L'élégance et le confort d'un hôtel imaginé par Philippe Starck, aux chambres spacieuses et chaleureuses pour bien être et bien dormir.

RESTAURANT

Pour savourer une cuisine du partage, raisonnée et généreuse, autour de plats sains mais surtout goûteux et colorés.

En savoir plus sur www.villa-m.fr
24-30, boulevard Pasteur - 75015 Paris
Tel. : 01 70 61 70 40



14.1.4 La notice d'information

N°AGMF MED-NG-2022





NOTE D'INFORMATION

SUR LES ÉVOLUTIONS DES DISPOSITIONS TARIFAIRES ET CONTRACTUELLES DES PRODUITS DE PRÉVOYANCE ET DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ASSURÉS PAR AGMF PRÉVOYANCE À COMPTER DU 01/01/2022.

1. GARANTIES PRÉVOYANCE

1.1 INDEXATION DES GARANTIES PRÉVOYANCE EN 2022

La revalorisation des garanties prévoyance est fonction de l'évolution de l'indice défini par votre contrat.

Au 1^{er} janvier 2022 cette revalorisation est de 0,4614%.

Elle s'applique pour les garanties suivantes : rente invalidité, capital invalidité accident et perte de profession, garanties décès, indemnités journalières toutes formules (*hors indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires rappelées ci-dessous et garantie de prêt*).

Pour les indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires, les montants sont fixés comme suit par le conseil d'administration à effet du 1^{er} janvier 2022 :

PROPOSITION DES MONTANTS DES IJ REVALORISÉES AGMF EN 2022 en euros			
CARMF (avant 67 ans)	Classe A 69 €	Classe B 102 €	Classe C 137 €
(après 67 ans)	34,83 €	52,24 €	69,65 €
CARCDSF (chirurgiens-dentistes)	101,03 € (50,52 € après 67 ans)		
CARCDSF (sages-femmes) (avant 67 ans)	Classe A 19,50 €	Classe B 38,75 €	Classe C 58,25 €
(après 67 ans)	9,75 €	19,50 €	29,25 €
CNBF (avocats)	65 € (32,65 € après 67 ans)		
CARPIMKO	55,70 € (pas de prorogation après 67 ans)		

1.2 TARIFS 2022

Pour tenir compte de l'évolution des résultats techniques propres à votre profession et de notre contexte mutualiste, le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance a décidé de modifier les grilles tarifaires prévoyance comme suit :

- **pas d'augmentation** pour les garanties décès (capital décès - Perte totale et irréversible d'autonomie, rente de conjoint, rente d'éducation).
- **augmentation de 3%** pour les garanties incapacité temporaire et invalidité (hors garantie de prêt et garanties exprimées en capitaux).

Nous vous rappelons par ailleurs que vos cotisations sont en outre sujettes à une augmentation annuelle découlant de l'évolution de votre âge et de la revalorisation de la base de garantie en application de l'indice visé au paragraphe 1.1.

1.3 PARTICIPATIONS AUX EXCÉDENTS TECHNIQUES

Le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance a décidé de redistribuer une partie des excédents techniques générés par les garanties décès.

Pour l'année 2022, cette redistribution se fera par une diminution de la cotisation appelée pour les garanties décès (hors garantie de prêt).

Concrètement, les titulaires d'une garantie décès bénéficieront en 2022 :

- d'une réduction de 10% de la cotisation appelée pour ces garanties décès
- et
- d'une réduction d'un montant forfaitaire de 40 euros, pour l'ensemble des garanties décès (hors contrats d'exercice en groupe « Cabinet de Groupe et Pacte d'associés ») dans la limite du montant de la ou des cotisation(s) décès due(s).

2. GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

2.1 TARIF 2022

Pour pallier les déficits sociaux liés à la crise sanitaire, les organismes complémentaires santé vont financer pour 2022 encore, une contribution exceptionnelle non répercutable sur vos cotisations.

Le tarif de vos garanties santé est sujet à une augmentation de 1,50% au 1^{er} janvier 2022.

Cette augmentation résulte de deux facteurs principaux :

- l'amélioration des garanties (avec la pleine intégration des avantages du 100% santé, la création du forfait patient urgences et l'extension de la prise en charge des hôpitaux hospitaliers),
- l'évolution des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires (prévision d'ONDAM à +2,60% dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022).

A cela s'ajoute l'évolution liée à votre âge.

2.2 TAUX DE REDISTRIBUTION ET FRAIS

Informations concernant votre complémentaire santé, vu l'arrêté du 6 mai 2020 pris en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

- **Taux de redistribution : 65,80%**

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- **Taux relatif aux frais : 14,80%**

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés

par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

2.3 MODIFICATION DES GARANTIES

- **Prise en charge du forfait patient urgences (au sens de l'article L.160-13-1 du Code de la Sécurité sociale)**

AGMF Prévoyance prendra en charge, à compter du 1^{er} janvier 2022, l'intégralité du nouveau « Forfait Patient Urgences » dû suite à un passage non programmé aux urgences, lorsqu'il n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Notices d'Informations et Règlements mutualistes concernés :
NOUVELLE OFFRE : FORMULES GPM RÉFÉRENCE, GPM VARIANCE, GPM VARIANCE +, GPM EXCELLENCE ET GPM EXCELLENCE + (Rif : A. NOS 22.1 / A. NOSM22.1 / A. NOSA22.1), NOUVELLE OFFRE SANTÉ ÉTUDIANTS - INTERNES (Rif : A. NOSE22.1), OFFRE SANTÉ PRATICIEN HOSPITALIER (Rif : A. PHIS22.1 / A. PHSM22.1), NOTICE D'INFORMATION - ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (A. SML22.1 / A. SMLM22.1), GARANTIES AGMF- GPM PRIMUM (Rif : A. FSW22.1 / A. FSWM22.1), GARANTIES AGMF-GPM OPTIMUM, AGMF-GPM SUMMUM, AGMF-GPM PLATINIUM (Rif : A. SAN22.1 / A. SANM22.1), GAMME TM, 100, SUPER 100, 200, 300 (Rif : A. SAN22.1 / A. SANM22.1), GAMME AGMF SANTÉ PRATICIEN HOSPITALIER (Rif : A. SPH22.1 / A. SPHIM22.1), GARANTIES AGMF-GPM HOSPITALIER (Rif : A. ASAN22.1), GAMME SANTÉ ÉTUDIANTS - INTERNES (Rif : A. SANE22.1), RÈGLEMENT MUTUALISTE NON RESPONSABLE (A. HOSI22.1 / A. SUR22.1)

• **Évolution de la garantie hébergement temporaire non médicalisé dit « Hôtel hospitalier »**

AGMF Prévoyance a décidé d'étendre sa prise en charge de l'hébergement temporaire médicalisé aux séjours pris en charge par la Sécurité sociale et répondant aux conditions fixées par le Code de la santé publique (*cette prestation prescrite, ne pourra pas dépasser 21 nuits dans sa totalité, séjour hospitalier exclu, ni excéder trois nuits consécutives sans acte ou prestation de l'hôpital*).

La prise en charge par AGMF Prévoyance pour cette nouvelle garantie s'ajoute au remboursement de la Sécurité sociale. Elle varie selon le niveau de couverture « chambre particulière » de votre formule de garantie.

Pour plus d'information, vous reporter à la notice d'information ou au règlement mutualiste.

Notices d'Informations et Règlements mutualistes concernés :
NOUVELLE OFFRE : FORMULES GPM RÉFÉRENCE, GPM VARIANCE, GPM VARIANCE +, GPM EXCELLENCE ET GPM EXCELLENCE + (Rèf : A. NOS22.1/A. NOMS22.1/A. NOSA22.1), OFFRE SANTÉ PRATICIEN HOSPITALIER (Rèf : A. PHS22.1/A. PHSM22.1), GARANTIES AGMF GPM OPTIMUM, AGMF GPM SUMMUM, AGMF GPM PLATINUM (Rèf : A. SAN22.1/ A. SANM22.1), GAMME TM, 100, SUPER 100, 200, 300 (Rèf : A. SAN22.1/ A. SANM22.1), RÈGLEMENT MUTUALISTE RESPONSABLE GAMME AGMF SANTÉ PRATICIEN HOSPITALIER (Rèf : A. SPH22.1/ A. SPHM22.1)

3. GARANTIES ET TARIFS DÉPENDANCE

Le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance a décidé de laisser inchangés les tarifs des garanties dépendance au 1^{er} janvier

2022, quelle que soit l'option souscrite, et de ne pas appliquer de revalorisation indicelle pour les garanties en 2022.

4. MODIFICATIONS STATUTAIRES

Les statuts et règlement intérieur d'AGMF Prévoyance ont été modifiés lors de l'Assemblée Générale de l'Union AGMF Prévoyance du 12 juin 2021.

Les principales modifications approuvées par l'Assemblée Générale ont eu pour objet :

- d'assouplir pour le futur, compte tenu du contexte sanitaire et au regard notamment des nouvelles dispositions du code de la mutualité en matière de vote électronique et/ou de recours à des moyens de visioconférence ou de télécommunication, les dispositions des statuts et du règlement intérieur encadrant les modalités de tenue des instances statutaires d'AGMF Prévoyance.

Les modifications apportées en ce sens ont porté sur :

- la création d'un nouvel article 20 des statuts relatif aux modalités de tenue de l'Assemblée Générale et l'actualisation consécutive de l'article 22 des statuts relatif au quorum et majorité applicables aux réunions de l'Assemblée Générale,
- la modification de l'article 35 des statuts relatif aux convocations du Conseil d'administration,
- la modification de l'article 36 des statuts relatif aux délibérations du Conseil d'administration,
- la modification de l'article 45 des statuts relatif aux convocations du Bureau,
- la modification de l'article 11 du règlement intérieur relatif à l'utilisation de moyens de visioconférence ou de télécommunication en Conseil d'administration,
- la modification de l'article 24 du règlement intérieur relatif au Comité d'Audit et des Risques.
- de modifier la rédaction des statuts au regard des nouvelles dispositions du code de la mutualité en matière d'indemnisation des administrateurs ayant le statut de travailleurs indépendants.

L'article 56 des statuts relatif à l'indemnisation des administrateurs et l'article 23 des statuts relatif aux compétences réservées de l'Assemblée Générale ont été modifiés en ce sens.

- d'assouplir pour le futur les modalités d'élection des membres du Conseil d'administration (cf. modification de l'article 29 des statuts) et du Bureau (cf. modification de l'article 43 des statuts).
- de confier le paiement et le contrôle des dépenses au Dirigeant Opérationnel (cf. modification de l'article 63 des statuts relatif à l'engagement, le paiement et le contrôle des dépenses de l'Union AGMF Prévoyance),
- de préciser les missions de la commission des finances et de l'immobilier (cf. modification de l'article 22 du règlement intérieur).

Vous pouvez consulter le détail des statuts d'AGMF Prévoyance sur votre espace adhérent.



La présente note définissant les aménagements des contrats et règlements mutualistes d'AGMF Prévoyance applicables au 1^{er} janvier 2022 vaut notification.

Les règlements mutualistes et notices d'information de vos contrats, ainsi que les statuts et règlement intérieur d'AGMF Prévoyance et les statuts d'ARPAG et d'ALIPER, sont disponibles sur votre espace adhérent, accessibles sur notre site <https://espace-adherent.gpm.fr> ou sur demande auprès de notre Direction des Services Adhérent.

Avec la nouvelle rubrique « Mes demandes », vous pourrez : faire une demande de prise en charge de vos frais de santé, ou un devis, modifier vos coordonnées bancaires et mettre en place un prélèvement automatique. Vous pourrez bientôt retrouver ces fonctionnalités sur notre appli mobile.

Votre espace adhérent vous permet également de consulter vos décomptes de prestations, vos courriers, la valorisation de vos contrats d'épargne, de modifier vos données personnelles et plus généralement d'obtenir tout renseignement complémentaire utile.

Pour tout renseignement sur vos garanties,
n'hésitez pas à nous appeler
au **01 40 54 54 54** ou à prendre rendez-vous sur **www.gpm.fr**

AGMF Prévoyance

Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n° SIREN 775 666 340
1 bd Pasteur CS 32563 - 75774 Paris Cedex 15 - www.gpm.fr

14.2 MDM

14.2.1 Lettre de la Présidente

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Vous trouverez ci-joint votre appel de cotisation pour 2022.

Avec la prolongation de la crise sanitaire, 2021 a encore été une année hors norme.

Je retiens 5 évolutions principales en 2021 pour la Mutuelle du Médecin :

1. Evolution de nos garanties complémentaire santé

Notre conseil d'administration a validé l'harmonisation des garanties pour que les détenteurs des anciennes gammes puissent bénéficier des innovations que nous avons intégrées dans les nouvelles formules. Cette mesure répond à une demande souvent exprimée par vous. La notice d'information jointe vous en donne les détails par garantie.

2. Politique tarifaire

Depuis le début de l'année nous constatons, comme l'ensemble des assureurs, une forte hausse des demandes de prise en charge. Ces hausses concernent la Complémentaire Santé avec le rattrapage des soins non effectués en 2020 mais aussi les garanties maintien de revenus avec une augmentation des arrêts de travail. Votre conseil d'administration a décidé que ces dérives passagères, ne devaient pas être intégralement répercutées sur vos tarifs. Concrètement, le tarif de votre complémentaire santé augmentera de 1,5% et celles de vos garanties Indemnités Journalières Pré CARMF de 3% (hors les majorations liées à l'âge).

3. Mise en place au 1^{er} juillet d'Indemnités Journalières par la CNAVPL

Cette réforme est profitable aux professionnels de santé libéraux puisqu'elle crée une meilleure couverture statutaire. Pour autant, elle ne permet pas une protection intégrale, loin de là. Aussi si vous détenez des garanties pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail, je vous invite à réexaminer celles-ci, pour éventuellement diminuer le montant, voire dans certains cas les résilier. Nous sommes à votre disposition pour répondre à cette nécessité. En tout état de cause en cas d'arrêt de travail, nos indemnités forfaitaires pré CARMF vous seraient intégralement versées.

4. Nouvelle gouvernance de notre mutuelle

Comme annoncé, le Docteur OLIVIER a choisi de quitter la présidence de notre mutuelle. Au nom du conseil d'administration, je tiens à le remercier pour son dévouement confraternel. L'Assemblée Générale de juin a permis la nomination de deux nouvelles administratrices et le Conseil d'Administration m'a confié la responsabilité de diriger notre mutuelle.

5. Nouveau site Internet et nouvelles fonctionnalités

Vous l'avez sans doute constaté, nous avons mis en ligne une nouvelle version de notre site mutuelle.org. Ce nouveau site se veut plus facile à utiliser et plus opérationnel avec la mise en place d'un outil « agent conversationnel » permettant grâce à la modélisation des réponses aux questions les plus fréquentes, de répondre instantanément à vos interrogations les plus simples. Testez-le !

Je vous remercie de votre fidélité et votre confiance ainsi que de vos retours d'adhésion pour 2021.

Je vous prie de recevoir, Chère adhérente, Cher adhérent l'expression de mes salutations confraternelles.

Dr Anne-Elizabeth CABEE

Présidente de la Mutuelle du Médecin



2022-04-CHM



www.mutuelle.org

Mutualité Familiale du Corps Médical Français - Régie par le code de la Mutualité - RNM 784 180 044 - SIREN : 784 180 044 - APE 6512 Z.
Fondée en 1894 - Siège social : 1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris Cedex 15 - Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union
soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité : N° SIREN 775 666 340, 1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris Cedex 15.

14.2.2 Le mode d'emploi « espace adhérent »



ACCÈS À VOTRE ESPACE ADHÉRENT

<https://adherent.mutuelle.org>

Pour une connexion optimale, nous préconisons d'utiliser un de ces navigateurs :
Chrome, Firefox, Safari ou Edge.



>>> J'ACCÈDE ET JE ME CONNECTE À MON ESPACE ADHÉRENT <<<



1

CONNEXION
OU
INSCRIPTION



2

CRÉATION
DE COMPTE

Votre espace adhérent est :

- Sécurisé
- Accessible sur tablette ou smartphone.

>>> JE RETROUVE TOUS MES DOCUMENTS EN 1 CLIC ! <<<



3

MES
CONTRATS



4

MES
DOCUMENTS
ET RELEVÉS
DE PRESTATION

Grâce à votre espace adhérent vous allez pouvoir :

- Effectuer vos démarches en ligne, facilement et rapidement.
- Suivre vos remboursements.
- Economiser du temps et du papier.



**MUTUELLE
DU MÉDECIN**

Mutuelle Fédérale du Corps Médical Français - Régie par la loi de la Mutualité -
 RNM 764 180 044 - SIREN : 764 180 044 - APE 6212 Z. Fondée en 1894 - Siège social :
 1, boulevard Pasteur - CS 22243 - 75736 Paris Cedex 12 - Mutuelle adhérente par
 AGMF Prévoyance. Union membre aux dépens de la loi II de santé de la Mutualité :
 N° SIREN 775 644 940, 1, boulevard Pasteur - CS 22243 - 75736 Paris Cedex 12

www.mutuelle.org

14.2.3 La notice d'information

NIMDM-2022

**NOTE
D'INFORMATION**



**MUTUELLE
DU MÉDECIN**
MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

SUR LES ÉVOLUTIONS DES DISPOSITIONS TARIFAIRES ET CONTRACTUELLES DES PRODUITS DE PRÉVOYANCE ET DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2022

I. GARANTIES SANTÉ 2022

TARIF 2022 : Les cotisations 2022 tiennent compte d'une augmentation de 1,50 %, cette augmentation est destinée à couvrir l'augmentation des dépenses de santé attendue pour 2022.

Nous vous rappelons qu'à cette modification de tarif s'ajoute celle découlant de l'évolution de votre âge.

CARTE DE TIERS PAYANT 2022 : Comme chaque année la carte de tiers payant est envoyée directement par ALMERYS, notre prestataire qui gère le tiers payant pour la Mutuelle. **Pensez à ouvrir les courriers en provenance de ALMERYS!**

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, vu l'arrêté du 6 mai 2020 pris en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Modification des garanties

Le Conseil d'administration de la Mutuelle du Médecin a décidé des améliorations de garanties suivantes:

POUR LES GARANTIES SANTÉ ÉTENDUE

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous l'ensemble des améliorations qui ont été apportées par le conseil d'administration à vos garanties.

GARANTIE ÉTENDUE CONTRAT RESPONSABLE 2022

	Régime Obligatoire	RO + PRIMUM	RO + MEDIUM	RO + SUMMUM
HOSPITALISATION				
Honoraire – Médecin OPTAM/OPTAM CO	80 % ou 100 %	100 %	200 %	Nouveau: 300 %
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L. 160-13-I du Code de la Sécurité sociale)	–	100% des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la Sécurité sociale) Par nuitée – Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R. 6111-50 et R. 6111-52 du Code de la santé publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité sociale	Oui montant fixé par arrêté	30 €	50 €	150 €
Hébergement temporaire non médicalisé (non pris en charge par la Sécurité sociale) par nuitée, maximum 6 nuits par assuré et par année civile. La prise en charge se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge.	–	30 €	50 €	150 €



mutuelle-du-medecin.fr

1/4

**DENTAIRE**

Forfait Parodontologie non acceptée par la Sécurité sociale par assuré et par année civile	–	–	200 €	300 €
Actes de prévention dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et tous les 2 ans à compter du 1 ^{er} versement : test prophylactique dentaire/scellement sillons des dents/ nettoyage et polissage professionnel des surfaces dentaires/ application de vernis fluoré	–	–	150 €	200 €

ACTES EXTERNES (EN VILLE OU DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER)**ACTES CLINIQUES****Honoraires médicaux**

Consultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70 %	100 %	200 %	300 %
Consultations - visites psychiatriques (limitées à 30 par an) – Médecins OPTAM / OPTAM CO <i>Au-delà de la limite indiquée, la Mutuelle rembourse uniquement le Ticket Modérateur</i>	70 %	100 %	200 %	300 %

ACTES DIAGNOSTIQUES ET TECHNIQUES

Actes d'imagerie – Médecin OPTAM/OPTAM CO	70 %	100 %	200 %	300 %
Actes techniques – Médicaux – Médecins OPTAM/OPTAM CO	70 %	100 %	200 %	300 %
Chirurgie externe – Médecins OPTAM / OPTAM CO	70 %	100 %	200 %	300 %
Obstétrique – Médecins OPTAM / OPTAM CO	70 %	100 %	200 %	300 %

SOINS EXTERNES

Centre ou un établissement de santé – Médecins OPTAM/OPTAM CO	60 % ou 70 %	100 %	200 %	300 %
---	--------------	-------	-------	-------

ENFANTS/MATERNITÉ

Forfait maternité	–	–	350 €	600 €
PMA / FIV – Actes techniques médicaux, à l'exclusion du DPNI (dépiquage prénatal non invasif) – non acceptées par la Sécurité sociale. Forfait par assurée et par année civile	–	–	300 €	400 €
Forfait Psychologue ou psychomotricien par séance dans la limite de 4 séances par enfant assuré et par année civile	–	–	30 €	40 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (dont audio métrie subjective) + bilan allergique par enfant assuré et par année civile	–	–	30 €	50 €

ACTES DE PRÉVENTION

Vaccins non pris en charge par an	–	80 €	80 €	80 €
Digital/E-santé				
Forfait Objet connecté e-santé – à utiliser sur une période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par le membre participant.				
L'objet connecté e-santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent règlement mutualiste/notice d'information. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté e-santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition	–	–	–	75 €

Ces nouveautés s'appliquent également aux renforts si vous les avez souscrits. Les autres garanties demeurent inchangées. Pour plus d'information, vous reporter à la notice d'information ou au règlement mutualiste, présent sur votre espace adhérent : www.mutuelle.org.





POUR LA GARANTIE MDM SANTÉ DIGITALE

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous les améliorations qui ont été apportées par le conseil d'administration à vos garanties :

	Montant pris en charge
HOSPITALISATION	
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la Sécurité sociale)	
Par nuitée – Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R. 6111-50 et R. 6111-52 du Code de la santé publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité sociale	150 €
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L. 160-13-I du Code de la Sécurité sociale)	100 % des frais réels
Forfait actes lourds	24 €

Les autres garanties demeurent inchangées. Pour plus d'information vous reportez à la notice d'information ou au règlement d'information, présent sur votre espace adhérent : www.mutuelle.org

POUR LA GARANTIE PACK ÉTUDIANT

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous l'ensemble des améliorations qui ont été apportées par le conseil d'administration à vos garanties :

	Régime Obligatoire	RO + PREMIUM	RO + OPTIMUM
HOSPITALISATION			
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L.160-13-I du Code de la Sécurité sociale)	—	100% des frais réels	100 % des frais réels

Les autres garanties demeurent inchangées.

Pour plus d'information vous reportez à la notice d'information ou au règlement d'information, présent sur votre espace adhérent : www.mutuelle.org

POUR LA GARANTIE SANTÉ « GROS RISQUE »

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous l'ensemble des améliorations qui ont été apportées par le conseil d'administration à vos garanties :

	Régime Obligatoire	RO + HOSPI SEULE	RO + SERENITY	RO + SERENITY PLUS
HOSPITALISATION				
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L.160-13-I du Code de la Sécurité sociale)	—	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels

Les autres garanties demeurent inchangées. Pour plus d'information, vous reportez à la notice d'information ou au règlement mutualiste, présent sur votre espace adhérent : www.mutuelle.org

Taux de redistribution : 67,90 %

Le taux correspond au ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Taux relatif aux frais : 21,20 %

Le taux correspond au ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.



II. GARANTIES PRÉVOYANCE 2022

Revalorisation des indemnités journalières court terme

	Proposition des montants des IJ revalorisées MDM en 2022		
	En euros		
IJ PRE CARMF (avant 65 ans)	Classe A 68 €	Classe B 102 €	Classe C 137 €
(après 65 ans)	34,83 €	52,24 €	69,65 €
IJ PRE CARCDSF (chirurgiens-dentistes)	101,03 € (50,52 € après 65 ans)		
IJ PRE CARCDSF (sages-femmes)	Classe A 19,50 €	Classe B 38,75 €	Classe C 58,25 €
(avant 65 ans)			
(après 65 ans)	9,75 €	19,50 €	29,25 €
IJ PRE CARPIMKO	56 € (28 € après 65 ans)		
AUTRES GARANTIES RELAIS IJCT	56 € (28 € après 65 ans)		
IJ FORFAITAIRE HOSPITALISATION	Classe A 15,24 €	Classe B 30,49 €	Classe C 45,73 €

Tarif 2022

Pour les garanties assurées par la Mutuelle du Médecin (Indemnités journalières court terme PRECARMF et autres IJ court terme), l'augmentation appliquée est de 3 % sur une base de garantie revalorisée en fonction de l'évolution des indemnités du régime obligatoire (cf. détail ci-dessus).

Pour les garanties assurées par la CNP Assurances dont la Mutuelle du Médecin est gestionnaire : les cotisations appelées auprès des adhérents restent inchangées au 01/01/2022 (excepté les évolutions liées à l'âge). Des discussions sont en cours avec CNP assurances qui a informé la Mutuelle de différentes évolutions réglementaires ayant un impact sur les cotisations et les contrats. Nous vous informons de ces évolutions dès que nous aurons tous les éléments.

III. RÈGLEMENT DES COTISATIONS : GÉNÉRALISATION DU PRÉLÈVEMENT

La crise sanitaire a montré les avantages de la digitalisation et de l'automatisation des échanges. Le paiement « physique » des factures via des chèques, a ainsi été fortement perturbé. Aussi nous conseillons aux adhérents qui n'ont pas encore opté pour le prélèvement automatique, de le faire sans plus attendre. C'est facile et cela simplifie la gestion de votre compte : il suffit de compléter et retourner auprès des services de la Mutuelle, le mandat SEPA joint à votre appel de cotisations. Cet envoi peut se faire par courrier postal, ou de préférence pour les adhérents qui en ont la possibilité, par courriel à l'adresse gestion_des_contrats@gm.fr. Outre la possibilité offerte d'échelonnement des paiements tout au long de l'année, le prélèvement automatique s'inscrit dans une démarche moderne de dématérialisation et d'éco-responsabilité.

La présente note définissant les aménagements apportés aux notices d'information et aux règlements mutualistes assurés par la Mutuelle du Médecin à effet du 1^{er} janvier 2022, vaut notification.

Les règlements mutualistes et notices d'information de vos contrats, ainsi que les statuts de la Mutuelle du Médecin et de l'APSM, sont disponibles sur votre espace adhérent, accessibles sur notre site <https://adherent.mutuelle.org> ou sur demande auprès de notre Direction des Services Adhérent.

Votre espace adhérent vous permet également de consulter vos décomptes de prestations et courriers, de modifier vos données personnelles et plus généralement d'obtenir tout renseignement complémentaire utile.

Pour tout renseignement sur vos garanties, n'hésitez pas à nous appeler au 01 40 54 54 41 ou à prendre rendez-vous sur www.mutuelle.org.

Mutualité Familiale du Corps Médical Français – Régie par le Code de la mutualité – N° SIREN 784 180 044 – Fondée en 1894 – Siège social : 1 boulevard Pasteur, 75015 PARIS.

Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance – Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – N° SIREN 775 666 340 – 1 boulevard Pasteur, 75015 PARIS – Tél. : 01 40 54 54 41.



mutuelle-du-medecin.fr

4/4