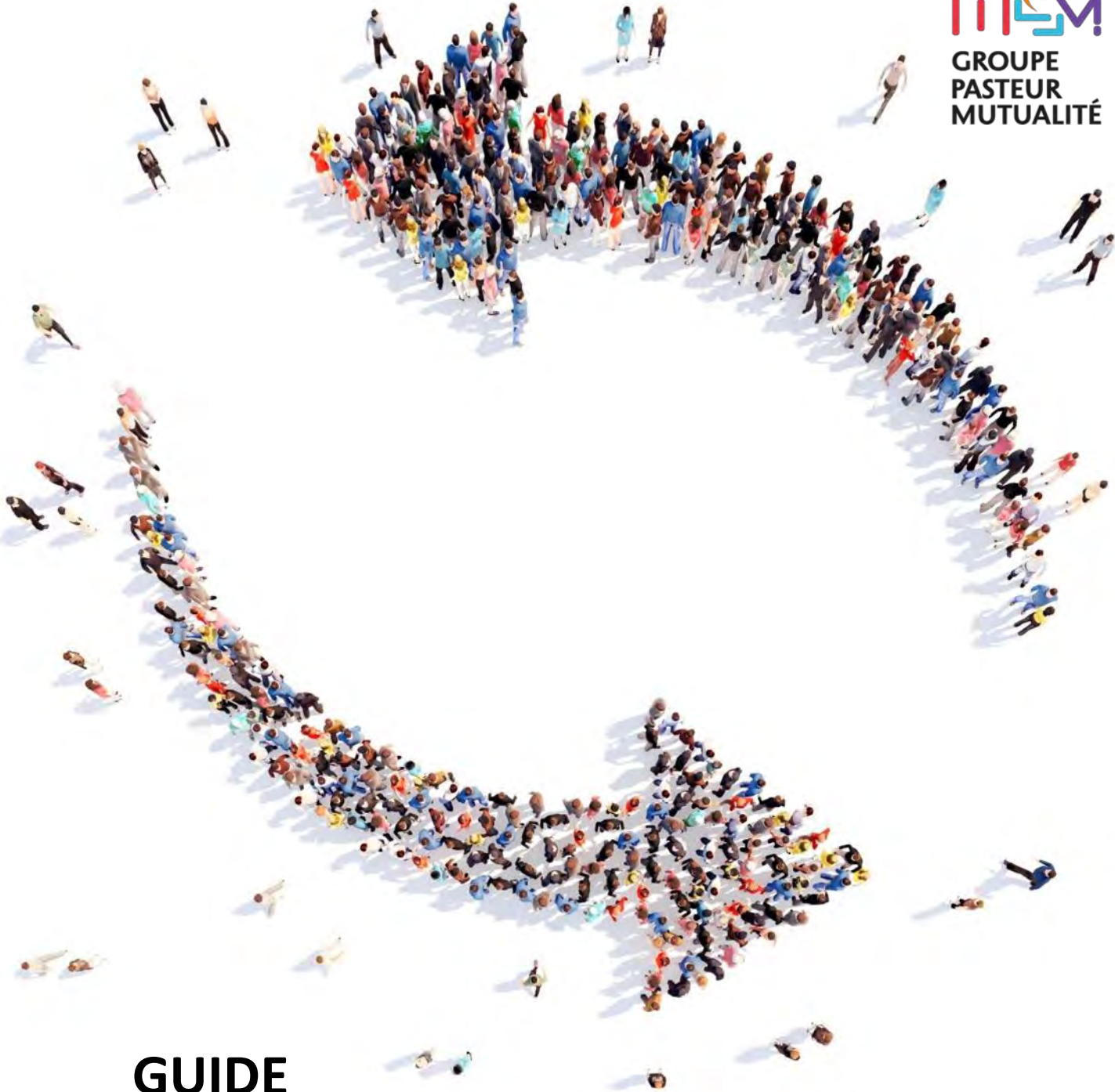




GUIDE DU RENOUVELLEMENT 2025

Qualité

Maëva ROCHEREAU
Sonia FRUCHAUD

Date 28/11/2024

Qualité Adhérent

Sommaire

Sommaire	2
1. Qu'est-ce que le renouvellement ?	5
1.1 Informations générales	5
1.2 Le renouvellement en 6 dates	5
2. La carte de tiers payant	6
2.1 La carte physique	6
2.2 Réimpression des cartes	6
2.3 La carte de tiers payant digitale	6
3. Nouveautés 2025 : Modifications des CG	7
4. Le renouvellement technique des contrats	8
4.1 Renouvellement des contrats et des tarifs	8
4.2 Les contrats exclus du renouvellement	8
5. La période située entre renouvellement technique et l'envoi du pli	9
5.1 Les modifications contractuelles avant réception des plis	10
5.2 La circulaire d'information	10
6. Le pli de renouvellement	10
6.1 La constitution du pli	11
6.2 Les modes d'envois	12
6.2.1 Les plis « papier » :	12
6.2.2 Les plis dématérialisés :	12
6.2.3 Comment consulter le pli dématérialisé ?	12
7. Les tarifs	13
7.1 Les évolutions tarifaires	13
7.1.1 AGMF PREVOYANCE	14
7.1.2 MDM	15
7.1.3 PANACEA SA	15
7.1.4 GPMA	15
7.2 Insatisfactions, mécontentements liés aux augmentations de tarifs	16
7.3 Ouverture des tarifs 2025	17
7.3.1 Confirmation des contrats en attente des tarifs 2025 :	17
7.3.2 Ouverture des tarifs 2024 sur 2025 :	17
7.4 Comment sont calculées les cotisations 2025	17
7.4.1 Evolution en fonction du taux d'augmentation :	17
7.4.2 Evolution en fonction des diminutions de réduction tarifaire :	17
7.4.3 Cotisation associations souscriptrices	18
7.5 Participation aux excédents (PB vie)	18
7.5.1 PB vie 2025	18
8. Revalorisations	19
8.1 Indexation des bases de garanties	19
8.2 Planchers et plafonds	20

9. La gestion des Plis Non Distribués (PND)	22
9.1 Les actions préventives	22
9.2 Les actions curatives	23
10. La facture du renouvellement	24
10.1 Affichage globale de la facture	24
10.2 Affichage facture par contrats	26
10.3 Affichage de la cotisation « association souscriptrice » :	26
10.4 Affichage de cotisation Forfait Prévention :	27
10.5 Affichage de la remise PB vie 2025 de 40 €	27
10.6 Affichage solde du compte client	27
10.7 Affichage de l'échéancier :	27
10.8 Synthèse du calcul :	27
11. Paiement des cotisations	28
11.1 Chèque annuel	28
11.2 Les impayés (le pré contentieux) :	28
11.3 Prélèvement automatique	29
11.4 Rejet de prélèvement :	29
12. Résiliation	29
12.1 Loi Chatel	29
12.1.1 Général	29
12.1.2 En pratique	29
12.1.3 Impact du lot de rattrapage	30
12.1.4 Impact des traitements différés	30
12.2 Résiliation infra annuelle santé (Rappel)	30
13. Reprises à la concurrence 2025	30
13.1 Ouverture des tarifs 2024 sur 2025 :	30
13.2 Sélection médicale	30
13.3 Prestations Prévoyance : devoir de conseil	32
14. Fermeture de fin d'année	32
15. Annexes	33
15.1 AGMF	33
15.1.1 Lettre du Président	33
15.1.2 La notice d'information	35
15.2 MDM	42
15.2.1 Lettre de la Présidente	42
15.2.2 Notice d'information	43
15.3 GPMA	45
15.3.1 La lettre du Président	45
15.3.2 Notice d'information	47
15.4 RCP/ CHIEN-CHATS PANACEA	48
15.4.1 Lettre du Président	48

15.5	RCP AMPLI	50
15.5.1	Lettre de la Direction Générale	50
15.6	PERTE D'EMPLOI PANACEA	51
15.6.1	Lettre du Président	51

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 Siège 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 01/01/2025 (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 2025 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 2025 sont disponibles dans l'espace adhérent.

2. La carte de tiers payant

2.1 La carte physique

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.

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 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 2025 sera disponible pour la fin décembre.

Bon à savoir

Les réimpressions au format papier se feront donc au cas par cas :

Les cartes physiques seront éditées et adressées le jour-même.

Par ailleurs, dans le cadre de la réglementation liée à la protection des données personnelles (RGPD), nous vous rappelons de ne jamais diffuser de carte tiers-payant par simple mail.

Il convient d'accompagner l'adhérent à la récupérer sur son espace adhérent ou en dernier recours de privilégier l'envoi sécurisé par ODRIVE.

Nouveauté: toujours dans le cadre du RGPD, les enveloppes contenant les cartes de tiers-payant n'afficheront plus la mention "carte de tiers-payant" visible de tous.

La carte de tiers payant digitale 2025 sera donc disponible pour tous les adhérents fin décembre sur l'espace adhérent.

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

3. Nouveautés 2025 : Modifications des CG

La prise d'effet sera échelonnée selon les situations entre le 1^{er} janvier 2025 et le 1^{er} avril 2025 :

Bon à savoir

Toutes les modifications des conditions générales sont répertoriées dans le POWER POINT en complément de ce guide.

		Date d'effet	Information des adhérents	Espace adhérent
Stock (en vigueur avant le 1 ^{er} janvier 2025)		1 ^{er} avril 2025	Note du renouvellement	CG 2024 + CG 2025
Affaires nouvelles prenant effet à partir du 1^{er} janvier 2025	Souscrites jusqu'au 29/10/24 sur la base des CG 2024	1 ^{er} avril 2025	Note du renouvellement	CG 2024 + CG 2025
	Souscrites à partir du 29/10/24 sur la base des CG 2024 + Addendum 2025	1 ^{er} janvier 2025	Intégration d'un Addendum 2025 aux CG 2024	CG 2025
	Souscrites à compter du 1 ^{er} janvier 2025	À partir du 1 ^{er} janvier 2025	CG 2025	CG 2025

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 1er novembre 2024 pour un effet au 01/01/2025.

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 recommandée 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 sûrement 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 »

Lot de rattrapage

Une opération, dite de « rattrapage » ou de « 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 2025 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 2025) 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 1^{er} novembre 2024 et jusqu'au 1^{er} janvier 2025 et comme tous les ans pendant cette période, les équipes utilisatrices vont devoir travailler autrement.

Bien qu'étant en 2024, l'affichage des contrats, des garanties, des cotisations... est déjà celui de 2025.

Les modifications prenant effet en 2024 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, un message « Important » sera affiché sur chaque bas de page des avenants effectués entre l'avenant technique et la réception des plis.

5.2 La circulaire d'information

IMPORTANT

Vous avez formulé des demandes de modification, que ce soit pour augmenter, réduire ou résilier votre (vos) garantie(s).
Nous tenons à vous informer que ces modifications ont été enregistrées après le renouvellement de vos contrats. Par conséquent, l'avenant inclus dans ce document présente la situation contractuelle la plus récente, laquelle est plus à jour que celle mentionnée dans le pli de renouvellement que vous recevrez ultérieurement.

6. Le pli de renouvellement

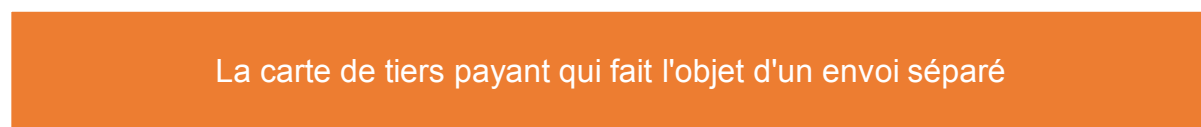
Ce pli est adressé à l'ensemble des adhérents dont le ou les contrats ont fait l'objet d'un renouvellement.

6.1 La constitution du pli

Il contient :



Il ne contient pas :





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.

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 2025 est disponible.

Bon à savoir

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

6.2.3 Comment consulter le pli dématérialisé ?

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 dans l'application Héra.

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

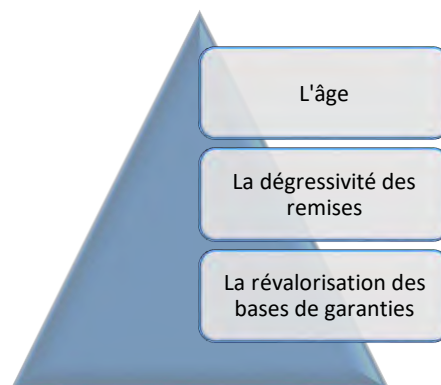
7.1 Les évolutions tarifaires

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 2025.

A RETENIR :

L'augmentation tarifaire, avérée et/ou ressentie par l'adhérent peut être liée à plusieurs facteurs, qu'il faut vérifier en premier lieu en cas d'interrogation :



7.1.1 AGMF PREVOYANCE

Santé	Décès	Dépendance
• Ancienne gamme : +4% • Nouvelle gamme : +5% • CPH (toutes gammes) : +3% • Gamme étudiante : +3% • Adoha : +5%	• 0%	• 0%

Incapacité/ Invalidité	Incapacité / Invalidité	Emprunteur
• Professions médicales : +3% • Professions non médicales : +5% • INFIRMIER/ KINE/ AUTRES PARAMEDICAUX : +7%	• CPH-PPPH : +6% (Sauf internes CPH : 0%) • Etudiant : 0%	• 0%

Augmentation prévoyance
= Sinistralité + évolution de l'indice + augmentation liée à l'âge + éventuelle baisse de réduction / RJS

Bon à savoir

Depuis juillet 2021, les professions libérales rattachées à la CNAVPL bénéficient d'une prise en charge par cet organisme durant les 90 premiers jours de l'arrêt de travail. Notre protection « Maintien des revenus » complète celle-ci.

En application, du principe indemnitaire, nous déduisons du montant des IJRO indiqué ci-avant, les indemnisations versées par la caisse sectorielle.

Pour tenir compte de cette situation, le Conseil d'Administration a décidé de maintenir pour l'année 2025, la réduction de cotisations de 0.40% de la base de garantie souscrite, sur les IJRO et IJLD.

Pour les adhérents couverts par l'offre « Maintien des revenus », il convient systématiquement de les inviter à se rapprocher de leur conseiller en vue de mettre à jour la garantie prévoyance.

7.1.2 MDM

Santé	Prévoyance	Prévoyance CNP/ Dépendance CNP
• +5%	• +3%	• 0%

7.1.3 PANACEA SA

RCP/PJ	MRP	MRO
• RCP hors COASS : 0% • RCP COASS RELYENS : +3% pour les contrats >18 mois • RCP étudiants : 0% • PJ : 0%	• +5%	• +3%

PP / PE / SEL	Chien/chat
• PP / SEL : +3% STOCK + AFN • PE : +3% sur les seules AFN	• +10%

7.1.4 GPMA

Santé	GAV
• HOSPI SANTE : +10% • ASSOR : +15%	• 0%

Prévoyance non-vie	Prévoyance vie	Emprunteur
•Prévoyance forfaitaire (Hors Sérénité Revenu) : +4% •ADOHA (Ex GENERALI - PK1 et PK2) : +12% •CIR Senoïs: 0% •ADOHA (PRK3 rt PRK6) assurés par AGMF : voir AGMF	•Prévoyance forfaitaire: 4% •ADOHA ex-GENERALI (PK1 et PK2): 3% •ADOHA (PRK3 rt PRK6) assurés par AGMF : voir AGMF	• 0%

7.2 Insatisfactions, mécontentements liés aux augmentations de tarifs

Compte tenu des évolutions prévues dans les contrats (mise à jour des conditions générales, hausses tarifaires, revalorisation des garanties, dégressivité des remises), il est essentiel de rappeler que ces modifications ont pour objectif de **préserver les équilibres techniques** et d'assurer la pérennité de nos offres.

Dans ce cadre, **les dérogations doivent rester exceptionnelles** et strictement encadrées.

7.2.1 Pourquoi cette vigilance est essentielle :

Chaque année, les modifications contractuelles peuvent susciter des interrogations ou de l'insatisfaction chez certains adhérents. Votre rôle clé est d'apporter des explications claires et transparentes pour accompagner les adhérents et renforcer leur compréhension.

Il est important de veiller à ce que les dérogations ne soient accordées que dans des situations exceptionnelles, après une évaluation objective et rigoureuse de la demande. Une pratique trop fréquente ou non justifiée pourrait compromettre l'équité entre adhérents et affaiblir la crédibilité de nos engagements.

7.2.2 Le cadre à respecter :

Les dérogations doivent être étudiées en tenant compte des critères suivants :

- Le ratio sinistres/prestations,
- Le multi-équipement,
- L'ancienneté de l'adhérent,
- Une éventuelle **erreur interne des services**.

Dans le cadre des souscriptions, il est primordial d'assurer une présentation claire des offres et des conditions contractuelles dès le départ. Cela permet de poser des bases solides et d'éviter que des demandes de dérogations ou de gestes commerciaux n'émergent par la suite en raison d'incompréhensions ou de promesses implicites non conformes.

Exemple :

Un adhérent souscrit une garantie dépendance mais décède sans en bénéficier. Sa conjointe demande un geste commercial, estimant qu'une rente aurait pu être perçue. Dans ce cas, sauf erreur manifeste de notre part, la demande ne doit pas être acceptée.

7.2.3 Votre rôle :

Votre priorité est d'accompagner chaque adhérent en restant fidèle aux conditions établies, tout en valorisant la transparence et la pédagogie. Les dérogations,

lorsqu'elles sont nécessaires, doivent être justifiées, rares, et validées selon les procédures.

Ensemble, veillons à préserver la cohérence de nos pratiques, la confiance de nos adhérents et **l'équilibre technique** de nos offres.

Les demandes dérogatoires ne doivent pas devenir un argument commercial.

7.3 Ouverture des tarifs 2025

7.3.1 Confirmation des contrats en attente des tarifs 2025 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2025 dans les outils, tous les contrats ayant un effet supérieur ou égal au 01/01/2025, laissés en attente de confirmation (avec un statut « ATOK »), sont facturés le 2 novembre.

7.3.2 Ouverture des tarifs 2024 sur 2025 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2025 dans les outils, les tarifs 2025 sont ouverts (sur la base des tarifs 2024) pour pouvoir effectuer les reprises à la concurrence sans blocage des outils.

7.4 Comment sont calculées les cotisations 2025

7.4.1 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.

7.4.2 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.

Rappel sur les Remises Jeunes Souscripteurs et Remise Première Installation avant évolution 2025:

Pour rappel, la Remise Jeune Souscripteur est dégressive sur 5 ans, si l'adhérent souscrit à 35 ans au moins, nous appliquons la remise suivante :

Age à l'adhésion	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année	5 ^{ème} année
≤ 35 ans	-50%	-50%	-30%	-20%	-10%

Toutefois, si l'adhérent souscrit entre 36 et 40 ans, la remise interviendra de la manière suivante :

Age à l'adhésion	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	4 ^{ème} année
36 ans	-50%	-30%	-20%	-10%
37 ans	-30%	-20%	-10%	
38 ans	-20%	-10%		
39 ans	-10%			

Par ailleurs, l'adhérent peut bénéficier de -50% de remise sur sa couverture RCP s'il s'installe pour la première fois ou s'il est installé depuis moins d'un an.

Cette remise s'adresse aux adhérents de moins de 45 ans s'il s'agit d'un médecin et de moins de 40 ans s'il s'agit d'une autre profession de santé.

Bon à savoir :

Le cumul des remises RJS, RPI et des dérogations commerciales ne peut excéder un total de remise de -50% sur l'année.

7.4.3 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 2025 de 5€ pour ALIPER et de 1€ pour l'ARPAG.

La cotisation ARPAG a diminué de 5€ en 2024 à 1€ en 2025.

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.

7.5 Participation aux excédents (PB vie)

7.5.1 PB vie 2025

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

La revalorisation indicielle des garanties prévoyance décidée par le Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance est de 0.83% pour l'année 2025.

La revalorisation des garanties prévoyance est fonction de l'évolution de l'indice (lié à l'inflation) défini par le contrat.

Au 1er janvier 2025 cette revalorisation est de 0.83 % (indice composite) :

Elle s'applique pour les garanties suivantes : rente invalidité, capital invalidité accident et perte de profession, garanties décès, indemnités journalières toutes formules.

Elle ne s'applique pas pour les garanties indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires et pour les garanties de prêt.

S'agissant des indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires (IJRO), les montants sont fixés comme suit par le conseil d'Administration à effet du 1^{er} janvier 2025 :

MONTANTS 2025 DES IJRO REVALORISÉS PAR DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AGMF PRÉVOYANCE			
CARMF	Classe A	Classe B	Classe C
(avant 67 ans)	77,00 €	116,00 €	154,00 €
(après 67 ans)	38,50 €	58,00 €	77,00 €
CARCDSF	110,30 € (55,61 € après 67 ans)		
(chirurgiens-dentistes)			
CARCDSF (sages-femmes)	Classe A	Classe B	Classe C
(avant 67 ans)	21,00 €	41,00 €	61,00 €
(après 67 ans)	10,50 €	20,50 €	30,50 €
CNBF (avocats)	65 € (32,77 € après 67 ans)		
CARPIMKO	55,70 € (pas de prorogation après 67 ans)		

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 01/01/2024	VALEURS 01/01/2025
Indemnités Journalières LD (1) (2) & indemnités journalières de remplacement	Minimum/Maximum IJ (non salariés)	13€ /514 €	15€ /518 €
Frais Professionnels	FP limités par jour à	564 €	569€
Rente d'invalidité (1)	Minimum/Maximum rente annuelle	6611 € /114094 €	6666 € /115041 €
Rente de conjoint (HORS formule temporaire complémentaire CARMF)	Minimum (rente fixe temporaire ou viagère)	2115 €	2133 €
	Maximum (rente fixe temporaire ou viagère)	43013 €	43370 €
	Annuité de base (rente viagère complémentaire variable)	Min 231 €	Min 233 €
		Maxi 1370 €	Maxi 1381 €
Rente éducation	Minimum/Maximum annuel	1296 € /14830 €	1307 € /14953 €
IJ CARMF		77 € /116 € /154 € avant 67 ans 39 € / 58 € /77 € après 67 ans*	77 € /116 € /154 € avant 67 ans 38,5 € / 58 € /77 € après 67 ans*
Rente de conjoint Temporaire Complét. CARMF	Mini annuel	2414 €	2434 €
	Maxi annuel	6014 €	6064 €
	Calcul rente	359 €	362 €
Rente additionnelle CARMF	Maximum annuel	22998 €	23189 €
IJ CARCDSF- DENTISTES (1)		110 € (55 € après 65 ans*)	110,3 € (55,29 € après 67 ans*)
IJ CNBF (1)		65 € (34 € après 65 ans*)	65 € (34,26 € après 67 ans*)
IJ CARPIMKO (1)		56,0 €	55,7 €
IJ CARCDSF-SAGES FEMMES (1)		21 € /41 € /61 € 11 € /21 € /31 € après 67 ans	21 € /41 € /61 € 10,5 € /20,5 € /30,5 € après 67 ans
IJ CARPV (1) (3)	Minimum/Maximum	13€ /514 €	15€ /518 €
IJ Artisans (1) (3)	Minimum/Maximum	13€ /514 €	15€ /518 €
Indemnités journalières pharmaciens (1)	Minimum/Maximum	13€ /514 €	15€ /518 €
Rente d'invalidité pharmacien (1)	Minimum/Maximum	6611 € /184831 €	6666 € /186365 €
Indemnités journalières auxiliaires médic (1)	Minimum/Maximum	13€ /514 €	15€ /518 €
Rente d'invalidité auxiliaires médic (1)		6611 € /114094 €	6666 € /115041 €

- Contrats Non Madelin :

GARANTIES	MONTANTS CONCERNES	VALEURS 01/01/2024	VALEURS 01/01/2025
Décès Accident / Accident circulation (3)	Maximum majoration	474 309 €	478 246 €
Rente Education	Minimum (rente annuelle par enfant)	1296 €	1 307 €
	Maximum (rente annuelle par enfant)	14830 €	14 953 €
Rente de conjoint (HORS formule temporaire complémentaire CARMF)	Minimum (rente fixe temporaire ou viagère)	2 115 €	2 133 €
	Maximum (rente fixe temporaire ou viagère)	43 013 €	43 370 €
	Annuité de base (rente viagère complémentaire variable)	231 €	233 €
		1370 €	1 381 €
Indemnités Journalières longue durée	Minimum IJ	13€	15 €
	Maximum IJ	514 €	518 €
IJ Frais professionnels	FP limités par jour à	314 €	317 €
		564 € pour les médecins / chirurgiens-dentistes	569 € pour les médecins / chirurgiens-dentistes
IJ Frais Généraux Permanents (contrat SEL)	FP limités par jour à	564 € (toutes professions libérales)	569 € (toutes professions libérales)
Rente d'invalidité	Minimum rente annuelle	6611 €	6 666 €
	Maximum rente annuelle	114094 €	115 041 €
Capital invalidité perte de profession	Minimum	21 121 €	21 296 €
	Maximum	513 423 €	517 684 €
Capital invalidité accident	Minimum	21 121 €	21 296 €
	Maximum	313 759 €	316 363 €
Rente dépendance	Minimum Mensuel	370 €	370 (4)
	Maximum Mensuel	2 859 €	2859 (4)
Aide immédiate au décès (AID)	Montant standard 2/3 PMSS N-1	2 444 €	2 576 €
Frais d'obsèques	Coefficient du PMSS n-1 : 2/3, 1 ou 1,5	2/3 PMSS 2023 =2444 €	2/3 PMSS 2024 =2576 €
		1 PMSS 2023 =3666 €	1 PMSS 2024 =3864 €
		1,5 PMSS 2023= 5499 €	1,5 PMSS 2024= 5796 €
Rente de conjoint temporaire complémentaire CARMF	Minimum annuel	2414 €	2 434 €
	Maximum annuel	6014 €	6 064 €
Rente additionnelle CARMF	Calcul rente	359 €	362 €
	Maximum annuel	22998 €	23 189 €
RAP décès par accident	Montant du capital (classes fixes)	273 087 €	275 354 €
		546 173 €	550 706 €
		819 259 €	826 059 €

RAP rente suite accident	Montant rente (classes fixes)	30 184 €	30 435 €
		60 365 €	60 866 €
		90 549 €	91 301 €
RAP incapacité temporaire suite accident	Minimum IJ	13 €	15 €
	Maximum IJ	242 €	244 €
RAP incapacité temporaire vie privée	Minimum IJ	13 €	15 €
	Maximum IJ	242 €	244 €
Frais d'obsèques	Coefficient du PMSS n-1 : 2/3, 1 ou 1,5	2/3 PMSS 2023 = 2444 €	2/3 PMSS 2024 = 2576 €
		1 PMSS 2023 = 3666 €	1 PMSS 2024 = 3864 €
		1,5 PMSS 2023 = 5499 €	1,5 PMSS 2024 = 5796 €

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 déménagés.

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.

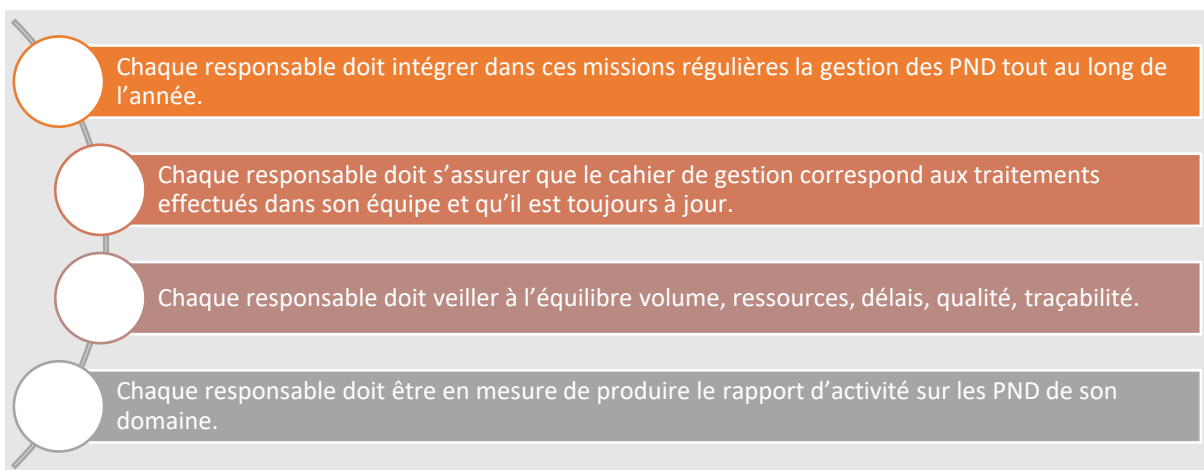
Or, comme nous l'avons vu, le Groupe a l'obligation de traiter les PND selon le cahier de gestion prévu à cet effet.

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 retours PND sont désormais traités en gestion : dès réception de l'avis de PND, il y a vérification des coordonnées au dossier et envoi d'un e-mail ou appel vers les assurés



10. La facture du renouvellement

10.1 Affichage globale de la facture



APPEL DE COTISATION EMIS LE 10/10/2024

Docteur [REDACTED]
N° ADHERENT : [REDACTED]
N° COMPTE : [REDACTED]

AGMF SANTÉ MADELIN		Messages 19, 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
OPTIMUM OPTIQUE			01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					972,61 €
Taxe de Solidarité Additionnelle à 13.27 %					129,07 €
Cotisation TTC					1 101,68 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301 de DR ANDRES FREDERIC					
(1) 20/01/2025 : 98,81 € 20/02/2025 : 91,81 € 20/03/2025 : 91,81 € 20/04/2025 : 91,81 € 20/05/2025 : 91,81 € 20/06/2025 : 91,81 € 20/07/2025 : 91,81 € 20/08/2025 : 91,81 € 20/09/2025 : 91,81 € 20/10/2025 : 91,81 € 20/11/2025 : 91,81 € 20/12/2025 : 91,77 €					

(1) Forfait prévention	Cotisation annuelle ajoutée à la première échéance de l'année	4,00 €
------------------------	---	--------

(1) ARPAG votre association souscriptrice	Cotisation annuelle ajoutée à la première échéance de l'année	1,00 €
---	---	--------

AGMF AUTONOMIE NON MADELIN		Messages ** , 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
RENTE DEPENDANCE		18 284,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					725,87 €
ASSISTANCE			01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					8,61 €
Remise prise en charge assistance					-8,61 €
Cotisation TTC					725,87 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301 de DR ANDRES FREDERIC					
20/01/2025 : 60,49 € 20/02/2025 : 60,49 € 20/03/2025 : 60,49 € 20/04/2025 : 60,49 € 20/05/2025 : 60,49 € 20/06/2025 : 60,49 € 20/07/2025 : 60,49 € 20/08/2025 : 60,49 € 20/09/2025 : 60,49 € 20/10/2025 : 60,49 € 20/11/2025 : 60,49 € 20/12/2025 : 60,48 €					

PROTECTION DÉCÈS AGMF MADELIN		Messages 19, 22		
Vos garanties	Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
RENTE DECES VIAGÈRE IMMÉDIATE	24 853,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel				
Cotisation de base				3 111,84 €
Remise participation aux excédents				-311,18 €
RENTE EDUCATION	8 421,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel				
Cotisation de base				301,76 €
Remise participation aux excédents				-30,18 €
Cotisation TTC				3 072,24 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301 de DR ANDRES FREDERIC				
20/01/2025 : 256,02 € 20/02/2025 : 256,02 € 20/03/2025 : 256,02 € 20/04/2025 : 256,02 € 20/05/2025 : 256,02 € 20/06/2025 : 256,02 € 20/07/2025 : 256,02 € 20/08/2025 : 256,02 € 20/09/2025 : 256,02 € 20/10/2025 : 256,02 € 20/11/2025 : 256,02 € 20/12/2025 : 256,02 €				

PROTECTION DÉCÈS AGMF		Messages ** , 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
CAPITAL DECES PTIA-VIE ACTIVE		96 979,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel					
Cotisation de base					573,82 €
Remise participation aux excédents					-57,38 €
Cotisation TTC					516,44 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301 de DR ANDRES FREDERIC 20/01/2025 : 43,04 € 20/02/2025 : 43,04 € 20/03/2025 : 43,04 € 20/04/2025 : 43,04 € 20/05/2025 : 43,04 € 20/06/2025 : 43,04 € 20/07/2025 : 43,04 € 20/08/2025 : 43,04 € 20/09/2025 : 43,04 € 20/10/2025 : 43,04 € 20/11/2025 : 43,04 € 20/12/2025 : 43,00 €					

GPM SERENITE REVENUS MADELIN		Messages 19, 22			
Vos garanties		Montant garanti	Effet	Fin	Cotisation
RENTE INVALIDITÉ INDEMNITAIRE		53 404,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					2 168,20 €
IJ COURTE DUREE INDEMNITAIRE		111,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					806,97 €
IJ FRAIS PROF. INDEMNITAIRE		195,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					1 409,85 €
IJ RELAI INDEMNITAIRE		34,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					177,82 €
IJ RELAI INDEMNITAIRE		75,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					392,25 €
IJ FRAIS PROF. INDEMNITAIRE		32,00 €	01/01/2025	31/12/2025	
Renouvellement annuel	8				
Cotisation de base					231,36 €
Cotisation TTC					5 186,45 €
Paiement Mensuel par Prélèvement sur le compte XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301 de DR ANDRES FREDERIC 20/01/2025 : 432,20 € 20/02/2025 : 432,20 € 20/03/2025 : 432,20 € 20/04/2025 : 432,20 € 20/05/2025 : 432,20 € 20/06/2025 : 432,20 € 20/07/2025 : 432,20 € 20/08/2025 : 432,20 € 20/09/2025 : 432,20 € 20/10/2025 : 432,20 € 20/11/2025 : 432,20 € 20/12/2025 : 432,25 €					

Remise suite participation aux excédents -40,00€

Le solde de votre compte client s'élève à 10 567,68€

Messages :

8 - Adaptation de vos garanties à vos revenus : Si vos revenus ou frais généraux permanents ont évolué à la hausse ou à la baisse ou si votre situation professionnelle a changé, il convient que vous rencontriez votre conseiller mutualiste pour adapter vos garanties. Toute demande d'augmentation sera soumise à des conditions d'âge et de contrôle médical. En tout état de cause, les prestations versées par AGMF Prévoyance ne pourront être supérieures au montant des revenus que vous percevez en période d'activité ou des frais généraux permanents que vous réglez en période d'activité.

19 - Justificatifs loi Madelin : Pour vos contrats relevant de la loi Madelin, nous vous remercions de nous adresser les attestations justifiant du paiement de vos cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse délivrées par vos caisses obligatoires. Ces attestations sont nécessaires à la validité du renouvellement de vos contrats et à l'envoi du certificat de déduction fiscale. Si vous avez souscrit un contrat de complémentaire santé dans le cadre de la loi Madelin, nous vous rappelons que seuls les enfants fiscalement à votre charge peuvent être affiliés au contrat. Nous vous invitons donc à nous signaler tout enfant qui ne serait plus à votre charge afin de modifier votre contrat.

22 - Évolution de vos dispositions contractuelles : Vos dispositions contractuelles ont été modifiées conformément à la notice jointe à votre appel de cotisations. Vous avez la possibilité de les consulter sur votre espace adhérent accessible à l'adresse suivante <https://espace-adherent.gpm.fr> ou sur demande auprès de nos services.

**** - Information sur votre faculté de résiliation (Loi Chatel) :** Votre contrat est renouvelable, chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation de votre part 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.

Résiliation Infra-Annuelle (SANTE) : A compter du 1er 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.

Récapitulatif de vos prélèvements

ECHEANCIER DE PRELEVEMENT	
Sur le compte SG ARMENTIERES SCHUMANN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301	
RUM 010000021466000277654724170	
20/01/2025 :	848,50€
20/02/2025 :	883,50€
20/03/2025 :	883,50€
20/04/2025 :	883,50€
20/05/2025 :	883,50€
20/06/2025 :	883,50€
20/07/2025 :	883,50€
20/08/2025 :	883,50€
20/09/2025 :	883,50€
20/10/2025 :	883,50€
20/11/2025 :	883,50€
20/12/2025 :	883,52€
Montant total de votre échéancier : 10567,68€	

10.2 Affichage facture par contrats

- Le libellé du contrat,
- Le libellé des garanties,
- Le détail des cotisations : cotisation de base = cotisation 2025 hors mino, majo et taxes,
- Remise participation aux excédents = 10% de PB vie 2025,
- 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).

10.3 Affichage de la cotisation « association souscriptrice » :

Cette cotisation est obligatoire.

Pour rappel, la cotisation ALIPER est de 5€ et celle d'ARPAG passe de 5€ en 2024 à 1€ pour l'année 2025.

(1) ARPAG votre association souscriptrice	Cotisation annuelle ajoutée à la première échéance de l'année	1,00 €
---	---	--------

10.4 Affichage de cotisation Forfait Prévention :

(1) Forfait prévention	Cotisation annuelle ajoutée à la première échéance de l'année	4,00 €
------------------------	---	--------

10.5 Affichage de la remise PB vie 2025 de 40 €

Remise suite participation aux excédents -40,00€

10.6 Affichage solde du compte client

Le solde de votre compte client s'élève à 10 567,68€

10.7 Affichage de l'échéancier :

Récapitulatif de vos prélèvements

ECHEANCIER DE PRELEVEMENT	
Sur le compte SG ARMENTIERES SCHUMANN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX4301	
RUM 0100000214660000277854724170	
20/01/2025 :	848,56€
20/02/2025 :	883,56€
20/03/2025 :	883,56€
20/04/2025 :	883,56€
20/05/2025 :	883,56€
20/06/2025 :	883,56€
20/07/2025 :	883,56€
20/08/2025 :	883,56€
20/09/2025 :	883,56€
20/10/2025 :	883,56€
20/11/2025 :	883,56€
20/12/2025 :	883,52€
Montant total de votre échéancier : 10567,68€	

Le montant de la cotisation appelé pour l'année 2025 est de 10 567.68€.

Notre adhérent a pris la décision de lisser sa cotisation sur les 12 mois de l'année.

10.8 Synthèse du calcul :

Cotisation annuelle = Cotisation par contrat + Cotisation association + Cotisation prévention + Remise PB vie 2025

11. 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)

11.1 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).
- Entre la réception du chèque au siège et l'encaissement sur AVT : la DSA s'engage sur le délai d'une semaine maximum.

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 !

11.2 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 :



11.3 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).

11.4 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.

12. Résiliation

12.1 Loi Chatel

12.1.1 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 l'avis d'échéance si celui-ci est adressé après le 15 octobre), par lettre (adressée à notre siège social), mail ou tout autre moyen, tel que précisé dans la Notice d'Information.

Ces règles ne s'appliquent pas aux contrats emprunteurs.

12.1.2 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 31/12/2024 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 20/01/2025 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.

12.1.3 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 des résiliations à prendre en compte en janvier.

12.1.4 Impact des traitements différés

En fonction des délais de gestion constatés fin d'année 2024 et début d'année 2025 (notamment dans le cadre de la fermeture de fin d'année), il est à prévoir que des demandes de résiliation seront traitées jusqu'en janvier.

12.2 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.

13. Reprises à la concurrence 2025

13.1 Ouverture des tarifs 2024 sur 2025 :

A l'issue du paramétrage des tarifs 2024 dans les outils, les tarifs 2025 (sur la base des tarifs 2024) sont ouverts pour pouvoir effectuer les reprises à la concurrence sans blocage des outils de souscription.

13.2 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 au 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 identifiées 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 ».

- Passé le 01/07/N :

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.

13.3 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 pas 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.

14. Fermeture de fin d'année

Les équipes du siège dans leur totalité ne travailleront pas du vendredi 20 décembre au soir jusqu'au lundi 30 décembre 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 pourront se cumuler aux délais déjà constatés et pourront s'étaler sur tout le 1^{er} trimestre 2025.

15. Annexes

15.1 AGMF

15.1.1 Lettre du Président

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre confiance et votre fidélité à notre groupe.

Nous traversons une époque pleine de défis qui nous incite à nous surpasser tout en conservant nos fondamentaux. Face à cette réalité, notre mission chez Groupe Pasteur Mutualité est de vous accompagner au mieux, en tant que professionnel de santé, avec une approche globale et complète de protection et de prévention.

Cette vision est au cœur de notre modèle mutualiste, que nous construisons ensemble. Nous aspirons à créer un édifice unique, ancré dans les valeurs qui nous ont été transmises : responsabilité, solidarité, bienveillance et innovation.

Votre soutien et l'enthousiasme de vos représentants lors de notre dernière Assemblée Générale, en particulier sur notre engagement déterminé en faveur de la prévention en santé, nous touchent profondément. Ils témoignent de notre volonté commune d'innover et d'explorer de nouvelles voies. Les projets que nous menons avec Villa M en sont un parfait exemple, visant à améliorer concrètement le bien-être des professionnels de santé.

Ce que nous bâtissons aujourd'hui s'inscrit dans la continuité de ce qu'ont imaginé nos prédécesseurs il y a plus de 160 ans. Nous formons une chaîne de solidarité qui relie les professionnels de santé d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

Je vous invite à découvrir au verso les actions clés que nous avons mises en place cette année pour vous soutenir. Vous trouverez également en pièce jointe une note détaillant les évolutions décidées par le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance concernant les tarifs, les garanties et la redistribution des bénéfices sur les garanties décès.

Ces décisions ont été prises dans un esprit de responsabilité, en tenant compte des changements dans les régimes obligatoires, des consommations de prestations spécifiques à chaque profession et du contexte économique actuel (hausse des dépenses de santé, transferts de charges, etc.).

Je reste à votre écoute et vous adresse mes salutations confraternelles et mutualistes.



Docteur Bertrand MAS-FRAISSINET
Président d'AGMF Prévoyance

AGMF 2025

1/2 >

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





GPM PRÉVENTION,

LE SITE POUR PRENDRE SOIN DE SOI À TOUT MOMENT

GPM Prévention place votre santé et votre bien-être au centre de ses priorités. Cette plateforme inédite, ouverte aux adhérents bénéficiaires d'un contrat santé ou prévoyance, propose une approche de prévention personnalisée. Plus de 3 000 adhérents l'utilisent déjà.

- **Bien-être et remise en forme** : des séances vidéo de sport-santé et des conseils pratiques vous attendent pour vous aider à maintenir une bonne forme physique et prévenir les troubles musculo-squelettiques.
- **Cuisine et nutrition** : le chef étoilé Michel Portos vous propose des recettes simples et équilibrées, pour allier plaisir et santé au quotidien.
- **Services de prévention e-santé** : gestion du stress et du sommeil, arrêt du tabac, modération de la consommation d'alcool, dépistage des cancers, rééducation des enfants atteints de troubles de l'apprentissage...

Pour en savoir plus,
flutuez ce QR Code



EDUPRAT ET M-SOIGNER, VOS DEUX RÉFÉRENCES EN FORMATION MÉDICALE

En tant que médecins et professionnels de santé, vous êtes soumis à une obligation de formation continue encadrée par l'Agence nationale du DPC. Mais au-delà de l'obligation, se former est un droit essentiel pour progresser et améliorer votre pratique au quotidien.

- QVT, burn out, sommeil, activité physique adaptée, management participatif... **M-Soigner** conçoit avec les plus grands experts des formations pour vous épanouir et vous permettre d'être plus performant dans votre travail.
- **Eduprat** accompagne chaque année plus de 18 000 professionnels de santé à travers la France. Son objectif est de renforcer vos pratiques médicales pour garantir la meilleure prise en charge des patients. Eduprat propose plus de 400 formations validantes, disponibles en présentiel, en classe virtuelle ou via e-learning.

Découvrez Eduprat,
En flutuez ce QR Code



LE PROGRAMME M

ACCOMPAGNE LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Le **Programme M** offre un accompagnement gratuit, confidentiel et confidentiel aux soignants en souffrance. Son dispositif d'écoute s'adresse aux médecins, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, et vétérinaires confrontés à des difficultés telles que le stress, le burn-out, le surmenage ou l'isolement.

- **Un accompagnement de soignant à soignant** : le Programme M propose des entretiens confidentiels avec des pairs formés, qui connaissent parfaitement la réalité d'exercice de votre métier.
- **Une démarche globale et personnalisée** : chaque intervention est sur-mesure et prend en compte les aspects physiques, émotionnels et professionnels du soignant demandeur.
- **Un modèle éprouvé au Québec** : inspiré du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), actif depuis plus de 30 ans, le Programme M applique une méthode reconnue de prévention.

Contactez le Programme M au 01 40 54 53 77
ou flutuez ce QR Code pour en savoir plus.



2/2

AGNE PRÉVOYANCE - 10 rue de la République - 92000 Nanterre - France - Tél : 01 40 54 53 77 - Email : contact@agne.fr - Site : www.agne.fr



15.1.2 La notice d'information

NIA/AGMF-2025



NOTE D'INFORMATION

SUR LES ÉVOLUTIONS DES DISPOSITIONS TARIFAIRES ET CONTRACTUELLES DES PRODUITS DE PRÉVOYANCE ET DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ASSURÉS PAR AGMF PRÉVOYANCE

Évolutions décidées par le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance du 28 septembre 2024.

1. GARANTIES PRÉVOYANCE

1.1 INDEXATION DES GARANTIES PRÉVOYANCE EN 2025

La revalorisation indiciaire des garanties prévoyance décidée par le Conseil d'administration d'AGMF Prévoyance est de 0,83% pour l'année 2025.

L'indexation s'applique aux garanties suivantes : rente invalidité, capital invalidité accident et perte de profession, garanties décès, indemnités journalières toutes formules. Elle ne s'applique pas pour les garanties indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires rappelées ci-dessous et aux garanties de prêt.

Pour les indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires (IJO), les montants sont fixés comme suit par le conseil d'administration à effet du 1^{er} janvier 2025 :

MONTANTS 2025 DES IJO REVALORISÉS PAR DÉCISION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AGMF PRÉVOYANCE			
CARMF	Classe A	Classe B	Classe C
(avant 67 ans)	77,00 €	116,00 €	154,00 €
(après 67 ans)	38,50 €	58,00 €	77,00 €
CARCDSF (chirurgiens-dentistes)	110,30 € (55,61 € après 67 ans)		
CARCDSF (sages-femmes)	Classe A	Classe B	Classe C
(avant 67 ans)	21,00 €	41,00 €	61,00 €
(après 67 ans)	10,50 €	20,50 €	30,50 €
CNBF (avocats)	65 € (32,77 € après 67 ans)		
CARPIMKO	55,70 € (pas de prorogation après 67 ans)		

Pour les contrats maintien de revenus souscrits avant juillet 2021, voir les mesures spécifiques décrites au point 1.4 ci-dessous.

1.2 TARIFS 2025

Le montant de vos cotisations 2025 figure dans l'appel de cotisations joint.

Leur évolution tient compte notamment :

- de la revalorisation de la base de garantie en application de l'indice lié à l'inflation visé au paragraphe 1.1. ci-dessus,
- de l'augmentation liée à l'évolution de votre âge,
- des résultats techniques spécifiques à chaque profession encadrée dans un contexte mutualiste,
- et, le cas échéant, de la dégressivité de la réduction tarifaire ponctuelle dont vous avez pu bénéficier à la souscription.

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 2025, 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 2025 :

- 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).

1.4 PRÉCISIONS POUR LES CONTRATS "MAINTIEN DE REVENUS" SOUSCRITS AVANT JUILLET 2021

Depuis juillet 2021, les professions libérales rattachées à la CNAVPL bénéficient d'une prise en charge par cet organisme durant les 90 premiers jours de l'arrêt de travail. Notre protection « Maintien de revenus » complète celle-ci.

En application du principe indemnitaire, nous déduisons du montant des IJRO indiqué ci-dessus, les indemnités versées par votre caisse sectorielle.

Pour tenir compte de cette situation, le Conseil d'administration a décidé de maintenir pour l'année 2025, la réduction de cotisations de 0,40% de la base de garantie souscrite, sur les indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires (IJRO) et les indemnités journalières longues durée (IJLD).

N'hésitez pas à contacter votre conseiller mutualiste pour faire le point sur vos besoins en matière de prévoyance.

2. TARIFS FRAIS DE SANTÉ

Le montant de vos cotisations 2025 figure dans l'appel de cotisations joint.

Leur évolution tient compte notamment :

- de l'augmentation liée à l'évolution de votre âge,
- de l'augmentation des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires (ONDAM) et nouveaux transferts de charges des régimes obligatoires vers les régimes complémentaires,
- et, le cas échéant, de la dégressivité de la réduction tarifaire ponctuelle dont vous avez pu bénéficier à la souscription.

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 2025, quelle que soit l'option souscrite, et de ne pas appliquer de revalorisation indiciaire pour les garanties en 2025.

4. MODIFICATIONS DES NOTICES D'INFORMATION ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

4.1 MODIFICATIONS DES NOTICES D'INFORMATION DES CONTRATS DE PRÉVOYANCE DESTINÉES AUX PROFESSIONS LIBÉRALES

Il est apporté les modifications suivantes aux notices « Maintien de Revenus » et « GPM Sérénité Revenus ». Ces modifications prendront effet au 1^{er} avril 2025.

4.1.1 LIMITE D'ÂGE ET PRÉCISION SUR « AUGMENTATION DU NIVEAU DE GARANTIE »

- La limite d'âge à l'adhésion est abaissée à 55 ans pour les professions non médicales.
- Une limite d'âge pour les avenants conduisant à augmenter le niveau de garantie est mise en place à 60 ans pour les professions médicales* et à 55 ans pour les professions non médicales.

On entend par « augmentation du niveau de garantie » : la diminution d'une franchise, l'augmentation d'un terme, le choix d'une formule d'invalidité supérieure ou l'augmentation du montant d'une prestation (indemnité journalière, capital ou rente).

* On entend par « professions médicales » : les professions de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 2 §2, 9 et 9 §1 de la notice d'information A.IJ25.1 - A.U.M25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - A.SRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.2 SUSPENSION OU RÉSILIATION DES GARANTIES EN CAS D'INTERDICTION D'EXERCER TEMPORAIRE OU DÉFINITIVE

Les cas de suspension ou de résiliation des garanties sont complétés comme suit :

- Les garanties arrêt de travail et invalidité sont suspendues si l'adhérent est interdit d'exercer temporairement par décision ordinaire ou judiciaire (hors raison médicale).
- Les garanties arrêt de travail et invalidité sont résiliées si l'adhérent est interdit d'exercer définitivement par décision ordinaire ou judiciaire (hors raison médicale).

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 3 §5, 3 §6, 4 §2, 19, 21, 23, 26, 30 §1 et 32 §1 de la notice d'information A.IJ25.1 - A.U.M25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - A.SRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.3 DÉFINITION DE LA RECHUTE POST RÉSILIATION VOLONTAIRE DU CONTRAT PAR L'ADHÉRENT ET CLARIFICATION DE LA RECHUTE PLUS D'UNE ANNÉE APRÈS LA REPRISE DE TRAVAIL

- Il est précisé que la rechute postérieure à la résiliation volontaire du contrat par l'adhérent doit s'entendre comme un nouveau fait générateur ne pouvant donner lieu à prestation.

Article 8 § 2 - Dénonciation de l'adhésion

« (...) La dénonciation met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré ou les bénéficiaires pour l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date de résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.

La rechute postérieure à la résiliation volontaire du contrat par l'adhérent (liée à une maladie ou un accident survenu antérieurement à la résiliation) constitue, au sens du présent contrat, un nouveau fait générateur et ne peut, par conséquent, donner lieu à prestation. »

- Il est spécifié plus expressément que la franchise est appliquée à toute rechute qui intervient plus d'une année après la reprise de travail de l'adhérent.

Article 19 6/ Réduction de franchise en cas de rechute intervenant moins d'une année après la reprise du travail

« La rechute se définit comme l'apparition, à la suite d'un premier état pathologique ayant entraîné une incapacité de travail et ayant fait l'objet d'une constatation de reprise du travail, d'un état pathologique dont les caractéristiques sont identiques et provoqué par la même cause que celle ayant entraîné la première cessation d'activité.

Lorsque la rechute intervient moins d'une année après la reprise du travail, la franchise n'est pas appliquée.

En revanche, si la rechute survient plus d'une année après la reprise du travail, elle est considérée comme donnant lieu à la prescription d'un nouvel arrêt de travail, donnant lieu à l'application de la franchise. »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 8 §2 et 19 6/ de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.4 DURÉE DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE OU SUITES DE COUCHES

Les professionnelles libérales peuvent bénéficier des mêmes dispositions de prise en charge que les salariées.

Il a été décidé pour les grossesses dont la date de début de grossesse (ou date présumée de la conception) est située à partir du 1^{er} avril 2025, de se référer à la durée légale de congé maternité en lieu et place de la période de 8 semaines précédemment convenue contractuellement pour payer les prestations en cas de grossesse pathologique.

Pendant la durée du congé légal de maternité, le versement des indemnités journalières en cas de grossesse pathologique cesse. Les suites de couches sont indemnisées à compter de la fin du congé légal de maternité.

Il a été ajouté dans les pièces justificatives la transmission des dates de début et de fin du congé maternité pour le versement des indemnités journalières liées à la grossesse pathologique et aux suites de couches.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 16 et 35 de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.5 RÉDUCTION DU PLAFOND DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET ALLOCATIONS MATERNITÉ ET PATERNITÉ

Il a été décidé de modifier les plafonds des indemnités journalières et allocations maternité et paternité comme suit :

- indemnités journalières /allocation maternité :** 2 000 € pour les professions médicales*, 1 500 € pour les professions non médicales, portés respectivement à 2 800 € et 2 100 € en cas de grossesse ou adoption multiple.
- indemnités journalières /allocation paternité :** 750 € pour les professions médicales, 500 € pour les professions non médicales, portés respectivement à 1 100 € et 750 € en cas de grossesse ou adoption multiple.

Cette modification s'applique aux grossesses dont la date présumée de début de grossesse (ou date présumée de la conception) est à partir du 1^{er} avril 2025 et aux adoptions à partir du 1^{er} avril 2025.

* On entend par « professions médicales » : les professions de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 19 7a et 19 7b de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.6 MODIFICATION DES NIVEAUX DE FRANCHISE ET DE MONTANTS DE GARANTIE

Ces modifications s'appliquent aux arrêts de travail issus de faits générateurs à partir 1^{er} avril 2025.

• Fermeture de franchises à effet du 1^{er} avril 2025 :

La franchise 3 jours ne sera plus ouverte pour les professions médicales.

La franchise 7 jours ne sera plus ouverte pour les professions autres que médicales.

Cette disposition est sans effet pour les adhérents ayant déjà choisi cette franchise avant le 1^{er} avril 2025.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 19 3/ de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

• Limitation de la réduction de franchise :

A compter du 1^{er} avril 2025, la réduction de franchise en cas d'accident ne s'appliquera qu'aux franchises 7, 14 et 30 jours.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 19 5/ de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

• Prise en charge des troubles psychopathologiques :

A compter du 1^{er} avril 2025, l'indemnité journalière souscrite prenant en charge des troubles psychopathologiques sera versée de manière dégressive : 100% pendant 6 mois, puis 75% du 6^{ème} au 12^{ème} mois et 50% au-delà du 12^{ème} mois jusqu'au 1095^{ème} jour.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 19 3/ de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

• Prise en charge des affections rachidiennes :

Pour les professions autres que médicales*, la franchise 14 jours est portée à 30 jours à compter du 1^{er} avril 2025 pour la prise en charge des affections rachidiennes.

* On entend par « professions médicales » : les professions de médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 19 3/ de la notice d'information A.UJ25.1 - A.UJ25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.1.7 APPLICATION DU TAUX RÉEL EN CAS D'INVALIDITÉ PARTIELLE (FORMULE 3 ET 4)

Dans un souci de cohérence, il sera fait application du taux effectif de l'invalidité partielle retenu lors de l'expertise (entre 33 et 66%) au lieu du taux médian de 50%.

Cette modification s'applique aux invalidités consolidées à partir du 1^{er} avril 2025.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 23-2 et 23-3 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et aux articles 23-1 et 23-2 de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

4.2 MISE À JOUR DES EXCLUSIONS DE GARANTIES

Il est apporté les modifications suivantes aux notices « Maintien de Revenus », « GPM Sérénité Revenus », « CPH », « Pacte d'associés », « Cabinet de groupe », « Protection décès » et « Autonomie ». Ces modifications prendront effet au 1^{er} avril 2025.

• L'exclusion relative à la guerre est modifiée comme suit :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant de faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : à l'article 16 §1 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte des faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 18 §2 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ou l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte des faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 14 §3 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les états de dépendance résultant de faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter : à l'article 14 7/ de la notice d'information et du règlement mutualiste A.DEP25.1 - A.DEPM25.1 (Autonomie non Madelin et Autonomie Madelin).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie résultant de faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

« Au titre des garanties "frais d'obsèques" visées aux articles 42 et 43 ne sont pas pris en charge les décès résultants : de faits de guerre étrangère, déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 §3 et 4 de la notice d'information A.DC25.1 - A.DCM25.1 (Protection Décès).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le Décès, l'Incapacité temporaire totale de travail ou l'Invalidité lorsque le sinistre résulte des faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 C/ de la notice d'information A.CPH25.1 (CPH).

• Il a été décidé d'étendre aux garanties incapacité et invalidité l'exclusion des accidents de la circulation dus à l'état d'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie supérieur ou égal aux taux réglementaires et à l'usage par l'assuré de stupéfiants non prescrits médicalement :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant d'un accident de la circulation, dû à :

- l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre définis par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- l'usage, par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement ; »

« Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie prévoyant le versement d'un « capital invalidité - perte de profession », sont exclus les sinistres résultants : (...)

8/ des accidents de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis à l'article R.243-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- de l'usage, par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : à l'article 16 §1 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité et l'incapacité de travail de l'Assuré suite à un accident de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'Assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R.243-1 alinéa 1 du Code de la route ;
- de l'usage, par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

« Au titre de la garantie prévoyant le versement d'un « capital invalidité - perte de profession », sont exclus les sinistres résultant : (...)

8/ des accidents de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis à l'article R.243-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- de l'usage, par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 16 §2 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), l'invalidité et l'incapacité de travail de l'assuré suite à un accident de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre défini à l'article R.243-1 alinéa 1 du code de la route ;
- de l'usage par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 14 §2 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité et l'incapacité de travail de l'assuré suite à un accident de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- de l'usage par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 B/ de la notice d'information A.CPH25.1 (CPH).

- **L'exclusion relative aux affections rachidiennes est précisée comme suit :**

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

- de toutes atteintes rachidiennes, souffrances cervicales ou lombaires, sans support organique : souffrance rachidienne qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer ; »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : à l'article 16 §1 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

« Le contrat ne prend pas en charge l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte :

- de toutes atteintes rachidiennes, souffrances cervicales ou lombaires, sans support organique : souffrance rachidienne qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 18 §4 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés), à l'article 14 §5 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

« L'incapacité temporaire totale de travail et l'invalidité ne sont pas prises en charge si elles résultent :

- de toutes atteintes rachidiennes, souffrances cervicales, ou lombaires sans support organique : souffrance rachidienne qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 E/ de la notice d'information A.CPH25.1 (CPH).

- **Il est ajouté des exclusions relatives à certaines « affections psychopathologiques » :**

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

17/ de la fibromyalgie, de la spasmophilie, de la tétanie, des syndromes de fatigue chronique, de l'asthénie (hors grossesses) ; »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : à l'article 16 §1 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

« Le contrat ne prend pas en charge l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte :

- de la fibromyalgie, de la spasmophilie, de la tétanie, des syndromes de fatigue chronique, de l'asthénie (hors grossesses) ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 18 §4 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés), à l'article 14 §5 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

« L'incapacité temporaire totale de travail et l'invalidité ne sont pas prises en charge si elles résultent : de la fibromyalgie, de la spasmophilie, de la tétanie, des syndromes de fatigue chronique, de l'asthénie (hors grossesses) ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 E de la notice d'information A.CPH25.1 (CPH).

En outre, il a été décidé de rendre le délai de carence de 12 mois à l'adhésion concernant les troubles psychopathologiques « incompressible », c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de le supprimer, même en justifiant avoir bénéficié d'une garantie équivalente ou supérieure chez un précédent assureur.

On entend par troubles psychopathologiques : « les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, la schizophrénie, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les « burn out » et syndromes d'épuisement professionnel ou de surmenage, les psychoses. »

Pour plus de précisions concernant ces exclusions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 3 §4 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus), 3 §3 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés), 2 §4 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

- **Il est ajouté des exclusions relatives à la « chirurgie esthétique » et aux « maladies antérieures » :**

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

18/ des conséquences :

- d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie, délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le médecin conseil ou la Commission médicale ;
- d'un état pathologique déjà indemnisé par un assureur avant la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat ;

19/ de tout acte, suite ou complication d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire). »

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : à l'article 16 §1 de la notice d'information A.U25.1 - A.U25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1 - ASRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

« Le contrat ne prend pas en charge l'incapacité de travail lorsque le sinistre résulte :

- des conséquences :

- d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie, délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le Médecin conseil ou la Commission Médicale ;
- d'un état pathologique déjà indemnisé par un assureur avant la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat ;

• de tout acte, suite ou complication d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire). »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 18 §4 de la notice d'information A.PASS25.1 - A.PASSM25.1 (Pacte d'associés), à l'article 14 §5 de la notice d'information A.GRP25.1 - A.GRPM25.1 (Cabinet de groupe).

« **L'incapacité temporaire totale de travail et l'invalidité ne sont pas prises en charge si elles résultent :**

• **des conséquences :**

- d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie, délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le Médecin conseil ou par la Commission Médicale.
- d'un état pathologique déjà indemnisé par un assureur avant la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat,
- de tout acte, suite ou complication d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire). »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée : à l'article 15 E/ de la notice d'information A.CPH25.1 (CPH).

4.3 ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES DES OFFRES DE COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

4.3.1 PRISE EN CHARGE ISSUES DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2024

- Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 :
 - il a été précisé dans l'article « contrat responsable » que la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale concernant **le recours aux transports partagés refusé par l'adhérent, ne sera pas remboursée par AGMF Prévoyance, car exclu du champ d'application des contrats responsables.**
 - Les tableaux de garanties ont été modifiés concernant les vaccins pris en charge ou non par la Sécurité sociale suite à l'élargissement de la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie de certains vaccins.

• Pour plus de clarté :

- Il a été précisé que **les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charges du contrat responsable.**
- La majoration du ticket modérateur hors parcours de soins et les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins ont été reformulés concernant leur non prise en charge au titre du contrat responsable.

Ces modifications ont pris effet le 28 décembre 2023 (date d'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 publiée au Journal Officiel du 27 décembre 2023).

4.3.2 MISE À JOUR DE LA PRISE EN CHARGE DES SÉANCES D'ACCOMPAGNEMENT PAR UN PSYCHOLOGUE CONVENTIONNÉ

Suite à la publication de deux arrêtés le 24 juin 2024, les dispositions relatives à la prise en charge des séances d'accompagnement par des psychologues conventionnés évoluent dans les contrats santé responsables.

Les dispositions contractuelles ont été mises à jour comme suit :

- suppression la condition « d'adressage par un médecin traitant » afin de rendre direct l'accès aux psychologues
- modification du nombre de séances prises en charge par année civile conformément à l'article R.162-65 du Code de la Sécurité sociale.

Ces modifications ont pris effet le 15 juin 2024 (date d'application rétroactive prévue par les arrêtés du 24 juin 2024 publiés au Journal Officiel du 28 juin 2024).

Pour plus de précisions concernant ces exclusions vous reporter aux notices d'information et règlements mutualistes concernés : Annexe - Article 3.4 de la notice et du règlement mutualiste nouvelle offre : formules GPM référence, GPM variance, GPM variance +, GPM excellence et GPM excellence + (A. NDS 25.1 / A. NDSM25.1), Annexe - Article 4.4 du règlement mutualiste nouvelle offre santé

étudiants - internes (A. NOSE25.1), Annexe - Article 3.3 de la notice offre santé praticien hospitalier (A. PH25.1/A.PHSM25.1), Tableau de garanties de la notice assurance complémentaire santé (A. SML25.1/A. SMLM25.1), Annexe - Article 2.2 de la notice et du règlement mutualiste garanties AGMF-GPM primum (A. FSW25.1-A. FSWM25.1), Annexe - Article 3.4 de la notice et du règlement mutualiste garanties AGMF-GPM optimum, AGMF-GPM summum, AGMF-GPM platinum (A. SAN. Q25.1/A. SANM.Q25.1), Annexe - Article 3.3 de la notice et du règlement mutualiste gamme TM, 100, SUPER 100, 200, 300 (Réf : A. SAN25.1/A. SANM25.1), Annexe - Article 4.3 de la notice et du règlement mutualiste gamme AGMF santé praticien hospitalier (Réf : A. SPH25.1/A. SPHM25.1), Annexe - Article 4.4 du règlement mutualiste gamme santé étudiants - internes (Réf : A. SANE25.1).

4.4 ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES DES CONTRATS DE PRÉVOYANCE

Cette modification s'appliquera à effet du 1^{er} avril 2025.

La loi n° 2022-172 du 14 février 2022 en faveur de l'activité professionnelle indépendante a modifié le statut de l'entrepreneur individuel. Elle prévoit entre autres la possibilité pour l'entrepreneur individuel d'opter pour l'assujettissement à l'impôt sur les sociétés (IS). Cette possibilité a donc été ajoutée aux notices Maintien de revenus et Sérénité Revenus.

A noter : si vous êtes concerné par cette disposition n'hésitez pas à prendre contact avec votre conseiller pour vous assurer que votre contrat est en adéquation avec votre nouvelle situation fiscale.

Pour plus de précisions vous reporter aux notices d'information concernées : aux articles 29 et 35 de la notice d'information A.LI25.1 - A.LIM25.1 (Maintien de revenus) et de la notice d'information A.SR25.1-A.SRM25.1 (GPM Sérénité revenus).

5. TAUX DE REDISTRIBUTION ET FRAIS DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

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 : 74,71%**

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 : 18,90%**

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.

6. MODIFICATIONS STATUTAIRES ET MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR AGMF PRÉVOYANCE

Les statuts de l'Union AGMF Prévoyance ont été modifiés lors de l'Assemblée générale AGMF Prévoyance du 15 juin 2024.

Les modifications statutaires approuvées par l'Assemblée générale ont eu pour objet :

- **Article 44 « MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU »** : modification de l'article afin d'actualiser les modalités de communication des candidatures (suppression de la modalité de dépôt par fax).
- **Article 52 « ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT »** : modification de l'article afin de l'actualiser par rapport aux dispositions du code de la mutualité.
- **Article 69 « CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS »** : modification de l'article afin que les modalités de calcul des contributions des groupements adhérents concernant les multiples appartenances soient identiques à celles du calcul du nombre de délégués à l'Assemblée Générale.

Le règlement intérieur n'a pas été modifié.

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

7. COTISATION STATUTAIRE ARPAG

Le Conseil d'Administration de l'Association ARPAG du 10 octobre 2024 a décidé de réduire, à effet du 1^{er} janvier 2025, le montant de la cotisation annuelle due à l'Association ARPAG par tout adhérent à l'un des contrats collectifs souscrit par elle en le fixant à 1 € (contre 5 € précédemment).

Cette cotisation est prélevée en même temps que la cotisation d'assurance, AGMF Prévoyance la reversant à ARPAG.

La présente note définissant les aménagements des contrats et règlements mutualistes d'AGMF Prévoyance vaut notification.

Les règlements mutualistes et notices d'information de vos contrats (y compris le règlement de prévention lorsqu'il y est inclus), 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.

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 - 75724 Paris Cedex 15- www.gpm.fr

15.2 MDM

15.2.1 Lettre de la Présidente

Chère adhérente, cher adhérent,

Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre confiance et votre fidélité à la Mutuelle du Médecin.

Votre fidélité nous permet de répondre, ensemble, aux défis de notre époque en apportant des réponses mutualistes à vos besoins de protection spécifiques. Cette année 2024 nous avons dû faire face à une dérive des coûts de santé, une augmentation continue du nombre des arrêts de travail et un désengagement des régimes obligatoires. Et 2025 semble devoir suivre les mêmes tendances.

Ces évolutions valident la pertinence de notre modèle mutualiste. En effet, quand les régimes obligatoires se désengagent, c'est la plupart du temps votre mutuelle qui doit se substituer au régime obligatoire pour prendre en charge directement. Ainsi, les hausses du ticket modérateur envisagées par le Gouvernement font augmenter d'autant nos remboursements. Notre modèle mutualiste fondé sur le juste équilibre permet de faire face à cela grâce à une gestion prudente basée sur le long terme. Dans ce contexte, le Conseil d'Administration de la Mutuelle du Médecin a décidé de limiter les hausses de cotisation de votre complémentaire santé à 5% et à 3% pour les garanties prévoyance Prê-CARME au 1er janvier 2025 (hors majorations liées à l'âge).

Vous trouverez, ci-joint, votre appel de cotisation pour 2025.

Je vous remercie de vos retours d'adhésion 2025 et je vous prie de recevoir chère adhérente, cher adhérent l'expression de mes salutations confraternelles.

Dr Anne-Elizabeth CABÉE
Présidente de la Mutuelle du Médecin



Appel à candidature à la fonction d'Administrateur

Plusieurs postes d'Administrateurs seront renouvelés en 2025. N'hésitez pas à vous porter candidat pour faire valoir vos idées au service de la confraternité. Pour plus d'information, contactez Madame Nicole COLONNA Directrice Générale de la Mutuelle du Médecin - nicole.colonna@gpm.fr

LMDM 025



www.mutuelle.org

Mutualité Familiale du Corps Médical Français, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 754 180 044, 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

15.2.2 Notice d'information



I. TARIFS 2025

TARIFS FRAIS DE SANTÉ

Le montant de vos cotisations 2025 figure dans l'appel de cotisations joint.

Son évolution est destinée à couvrir l'augmentation des dépenses de santé attendue pour 2025 (prises en charge par les organismes complémentaires (ONDAM) et nouveaux transferts de charges du régime obligatoire vers les organismes complémentaires santé).

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

TARIFS PRÉVOYANCE

Le montant de vos cotisations 2025 figure dans l'appel de cotisations joint.

- Pour les garanties assurées par la Mutuelle du Médecin (Indemnités journalières court terme PRECARMF et autres IJ court terme), l'augmentation, liée à l'évolution de votre âge et aux résultats techniques, est appliquée sur une base de garantie revalorisée en fonction de l'évolution des indemnités du régime obligatoire (cf. détail ci-dessous).

Montant des indemnités journalières (IJ) MDM revalorisées en 2025			
IJ PRE CARMF (avant 65 ans)	Classe A 77 €	Classe B 116 €	Classe C 154 €
(après 65 ans)	38,50 €	58 €	77 €
IJ PRE CARCDSF (chirurgiens-dentistes)	110,30 € (55,61 € après 67 ans)		
IJ PRE CARCD SF (sages-femmes) (avant 65 ans)	Classe A 21 €	Classe B 41 €	Classe C 61 €
(après 65 ans)	10,50 €	20,50 €	30,50 €
IJ PRE CARPIMKO	56 € (28 € après 65 ans)		
AUTRES GARANTIES RELAIS IJCT	56 € (28 € après 65 ans)		
IJ FORFAITAIRE HOSPITALISATION	Classe A 16,91 €	Classe B 33,84 €	Classe C 50,75 €

- Pour les garanties assurées par CNP Assurances dont la Mutuelle du Médecin est gestionnaire: il n'y a pas d'augmentation pour 2025.

II. 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@gpm.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.



III. CARTE DE TIERS PAYANT 2025

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 d'ALMERYS!**

IV. 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: 71,20%**

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: 13,05%**

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.

La présente note définissant les aménagements des contrats et règlements mutualistes de la Mutuelle du Médecin applicables au 1^{er} janvier 2025, 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

2/2

15.3 GPMA

15.3.1 La lettre du Président

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre confiance et votre fidélité à notre groupe.

Nous traversons une époque pleine de défis. Face à cette réalité, notre mission chez GPM Assurances est de vous accompagner au mieux, avec une approche globale et complète de protection, d'accompagnement et de prévention basées sur les valeurs communes, fortes, transmises par nos prédécesseurs : la responsabilité, la solidarité, la bienveillance et l'innovation.

Les projets que nous menons avec Villa M en sont un parfait exemple. Ils visent à améliorer concrètement votre bien-être en tant que professionnels de santé. Aujourd'hui, GPMA s'ancre dans une démarche visant à donner du sens à l'épargne de ses adhérents. À ce titre, les supports en unités de compte sont désormais sélectionnés selon ces critères (ISR, ESG, monde de la santé...).

Cet état d'esprit empreint de rigueur et de responsabilité, nous l'appliquons à notre politique tarifaire en tenant compte à la fois des évolutions des régimes obligatoires (transferts de charges des régimes obligatoires vers les régimes complémentaires...), des besoins et des résultats propres à chaque profession, et du contexte économique actuel (hausse des coûts de santé et des arrêts de travail...).

Vous trouverez ci joint votre appel de cotisations pour 2025, ainsi que la note d'information présentant les évolutions des contrats et des tarifs assurés par GPMA.

Je vous renouvelle mes remerciements et vous prie de recevoir mes salutations confraternelles.



Docteur Bertrand MAS-FRAISSINET
Président du Conseil de Surveillance de GPMA

GPMA 2025

1/2 >

GPM ASSURANCES S.A. - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 55 555 750 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 412 887 606 RCS PARIS - 1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr





EDUPRAT ET M-SOIGNER, VOS DEUX RÉFÉRENCES EN FORMATION MÉDICALE

En tant que médecins et professionnels de santé, vous êtes soumis à une obligation de formation continue encadrée par l'Agence nationale du DPC. Mais au-delà de l'obligation, se former est un droit essentiel pour progresser et améliorer votre pratique au quotidien.

- **QVT**, burn out, sommeil, activité physique adaptée, management participatif..., **M-Soigner** conçoit avec les plus grands experts des formations pour vous épanouir et vous permettre d'être plus performant dans votre travail.
- **Eduprat** accompagne chaque année plus de 18 000 professionnels de santé à travers la France. Son objectif est de renforcer vos pratiques médicales pour garantir la meilleure prise en charge des patients. Eduprat propose plus de 400 formations validantes, disponibles en présentiel, en classe virtuelle ou via e-learning.

Découvrez Eduprat.
En flashant ce QR Code



LE PROGRAMME M ACCOMPAGNE LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Le Programme M offre un accompagnement gratuit, confraternel et confidentiel aux soignants en souffrance. Son dispositif d'écoute s'adresse aux médecins, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, et vétérinaires confrontés à des difficultés telles que le stress, le burn-out, le surmenage ou l'isolement.

- **Un accompagnement de soignant à soignant** : le Programme M propose des entretiens confidentiels avec des pairs formés, qui connaissent parfaitement la réalité d'exercice de votre métier.
- **Une démarche globale et personnalisée** : chaque intervention est sur-mesure et prend en compte les aspects physiques, émotionnels et professionnels du soignant demandeur.
- **Un modèle éprouvé au Québec** : inspiré du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), actif depuis plus de 30 ans, le Programme M applique une méthode reconnue de prévention.

Contactez le Programme M au 01 40 54 53 77
ou flashez ce QR Code pour en savoir plus.



2/2

GPM ASSURANCES S.A. - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 10 505 750 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 412 867 636 RCS PARIS - 1, Boulevard Pasteur - CS 20563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr



15.3.2 Notice d'information

REGIM 31206



NOTE D'INFORMATION

sur les évolutions contractuelles du produit
La Prévoyance forfaitaire des professionnels
assuré par GPM Assurance SA

MISE À JOUR DES EXCLUSIONS DE GARANTIES

Il est apporté les modifications suivantes à effet du 1^{er} avril 2025 :

1) L'exclusion relative à la guerre est modifiée comme suit :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ou les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

1/ de faits de guerre étrangère déclarée ou non, d'invasions, de conflits à caractère militaire, c'est-à-dire résultant d'actions offensives ou défensives de puissances étrangères ou nationales ; »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée disponible sur votre espace adhérent : article 18 §3 de la notice d'information « La Prévoyance forfaitaire des professionnels » (GPF25.1-GPFM25.1).

2) Il a été décidé d'étendre aux garanties Incapacité et Invalidité l'exclusion des accidents de la circulation dus à l'état d'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie supérieur ou égal aux taux réglementaires et à l'usage par l'assuré de stupéfiants non prescrits médicalement :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) ou l'« incapacité de travail » ou de l'« invalidité » de l'assuré résultant d'un accident de la circulation résultant :

- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- de l'usage par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie prévoyant le versement d'un « capital invalidité - perte de profession », sont exclus les sinistres résultant :

- B/ des accidents de la circulation résultant :
- de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la route ;
- de l'usage, par l'assuré de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée disponible sur votre espace adhérent : article 18 §2 et §6 de la notice d'information « La Prévoyance forfaitaire des professionnels » (GPF25.1-GPFM25.1).

3) L'exclusion relative aux affections rachidiennes est précisée comme suit :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

- 16/ de toutes atteintes rachidiennes, souffrances cervicales, ou lombaires sans support organique : souffrance rachidienne qu'aucune cause physique (lésion, micro-lésion, usure...) n'est

constatée médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée disponible sur votre espace adhérent : article 18 §4 de la notice d'information « La Prévoyance forfaitaire des professionnels » (GPF25.1-GPFM25.1).

4) Il est ajouté des exclusions relatives à certaines « affections psychopathologiques » :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

- 17/ de la fibromyalgie, de la spasmophilie, de la tétanie des syndromes de fatigue chronique, de l'asthénie (hors grossesses) ; »

En outre, il a été décidé de rendre le délai de carence de 12 mois à l'adhésion concernant les troubles psychopathologiques « Incompressible », c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de le supprimer, même en justifiant avoir bénéficié d'une garantie équivalente ou supérieure chez un précédent assureur.

On entend par troubles psychopathologiques : « les affections psychiatriques, psycho-neurologiques, psychosomatiques, les états dépressifs de toute nature, les états anxio-dépressifs, la schizophrénie, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les « burn out » et syndromes d'épuisement professionnel ou de surmenage, les psychoses. »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée disponible sur votre espace adhérent : article 18 §4 de la notice d'information « La Prévoyance forfaitaire des professionnels » (GPF25.1-GPFM25.1).

5) Il est ajouté des exclusions relatives à la « chirurgie esthétique » et aux « maladies antérieures » :

« L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

- 18/ des conséquences :
- d'un état pathologique préexistant, d'une infirmité, d'un accident ou d'une maladie, délimités et déterminés comme antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion par le médecin conseil ou la Commission médicale ;
- d'un état pathologique déjà indemnisé par un assureur avant la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat ;
- 19/ de tout acte, suite ou complication d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire). »

Pour plus de précisions vous reporter à la notice d'information concernée disponible sur votre espace adhérent : article 18 §4 de la notice d'information « La Prévoyance forfaitaire des professionnels » (GPF25.1-GPFM25.1).

COTISATION STATUTAIRE ARPAG

Le Conseil d'Administration de l'Association ARPAG du 10 octobre 2024 a décidé de réduire, à effet du 1^{er} janvier 2025, le montant de la cotisation annuelle due à l'Association ARPAG par tout adhérent à l'un des contrats

collectifs souscrits par elle en le fixant à 1 € (contre 5 € précédemment). Cette cotisation est prélevée en même temps que la cotisation d'assurance. AGMF Prévoyance la reversant à ARPAG.

La présente note définissant les aménagements du contrat La Prévoyance forfaitaire des professionnels, assuré par GPM Assurance SA au 1^{er} avril 2025 selon les dispositions, vous notifiées.

Les Conditions générales et notices d'information de vos contrats, ainsi que le cas échéant les statuts de votre association souscritrice sont disponibles sur votre espace adhérent, accessibles sur notre site <https://espace-adherent.gpm.fr> ou sur demande auprès de notre Direction des Services Adhérents.

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

GPM Assurances SA

Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 55 555 730 euros régie par le Code des assurances
RCS Paris n°412 887 606 - 1, boulevard Pasteur CS32563 - 75724 Paris Cedex 15 - www.gpm.fr

15.4 RCP/ CHIEN-CHATS PANACEA

15.4.1 Lettre du Président

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre confiance et votre fidélité à notre groupe.

Nous traversons une époque pleine de défis qui nous incite à nous surpasser tout en conservant nos fondamentaux. Face à cette réalité, notre mission chez Groupe Pasteur Mutualité est de vous accompagner au mieux, en tant que professionnel de santé, avec une approche globale et complète de protection et de prévention.

Cette vision est au cœur de notre modèle mutualiste, que nous construisons ensemble. Nous aspirons à créer un édifice unique, ancré dans les valeurs qui nous ont été transmises : responsabilité, solidarité, bienveillance et innovation.

Aussi, cette année encore, le Directoire de Panacea Assurances a pris la décision de ne pas augmenter les tarifs de votre contrat de Responsabilité Civile et de Protection Juridique Professionnelles et de limiter les augmentations à 5 % sur le contrat Multirisque Professionnel et à 10 % sur le contrat GPM Chien & Chat, ceci en cohérence avec les résultats techniques propres à chaque garantie et dans un objectif mutualiste de juste équilibre.

Vous trouverez ci-joint votre appel de cotisation pour 2025, et vous invite à découvrir au verso les actions clés que nous avons mises en place cette année pour vous soutenir.

Veuillez recevoir mes salutations confraternelles.


Docteur Michel CAZAUGADE
Président du Conseil de surveillance





GPM PRÉVENTION, LE SITE POUR PRENDRE SOIN DE SOI À TOUT MOMENT

GPM Prévention place votre santé et votre bien-être au centre de ses priorités. Cette plateforme inédite, ouverte aux adhérents bénéficiaires d'un contrat santé ou prévoyance, propose une approche de prévention personnalisée. Plus de 3 000 adhérents l'utilisent déjà.

- **Bien-être et remise en forme** : des séances vidéo de sport-santé et des conseils pratiques vous attendent pour vous aider à maintenir une bonne forme physique et prévenir les troubles musculo-squelettiques.
- **Cuisine et nutrition** : le chef étoilé Michel Portos vous propose des recettes simples et équilibrées, pour allier plaisir et santé au quotidien.
- **Services de prévention e-santé** : gestion du stress et du sommeil, arrêt du tabac, modération de la consommation d'alcool, dépistage des cancers, rééducation des enfants atteints de troubles de l'apprentissage...

Pour en savoir plus,
flashiez ce QR Code



EDUPRAT ET M-SOIGNER, VOS DEUX RÉFÉRENCES EN FORMATION MÉDICALE

En tant que médecins et professionnels de santé, vous êtes soumis à une obligation de formation continue encadrée par l'Agence nationale du DFC. Mais au-delà de l'obligation, se former est un droit essentiel pour progresser et améliorer votre pratique au quotidien.

- QVT, burn out, sommeil, activité physique adaptée, management participatif..., **M-Soigner** conçoit avec les plus grands experts des formations pour vous épanouir et vous permettre d'être plus performant dans votre travail.
- **Eduprat** accompagne chaque année plus de 18 000 professionnels de santé à travers la France. Son objectif est de renforcer vos pratiques médicales pour garantir la meilleure prise en charge des patients. Eduprat propose plus de 400 formations validantes, disponibles en présentiel, en classe virtuelle ou via e-learning.

Découvrez Eduprat,
En flashant ce QR Code



LE PROGRAMME M ACCOMPAGNE LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Le Programme M offre un accompagnement gratuit, confidentiel et confidentiel aux soignants en souffrance. Son dispositif d'écoute s'adresse aux médecins, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, et vétérinaires confrontés à des difficultés telles que le stress, le burn-out, le surmenage ou l'isolement.

- **Un accompagnement de soignant à soignant** : le Programme M propose des entretiens confidentiels avec des pairs formés, qui connaissent parfaitement la réalité d'exercice de votre métier.
- **Une démarche globale et personnalisée** : chaque intervention est sur-mesure et prend en compte les aspects physiques, émotionnels et professionnels du soignant demandeur.
- **Un modèle éprouvé au Québec** : inspiré du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), actif depuis plus de 30 ans, le Programme M applique une méthode reconnue de prévention.



Contactez le Programme M au 01 40 54 53 77
ou flashiez ce QR Code pour en savoir plus.



2/2

PARADE ASSURANCES - Société anonyme à Directeur et Conseil de Surveillance au capital de 10 000 000 euros régie par le Code des assurances (RCS Paris n° 507 545 007)
1, boulevard Pasteur - CS 42563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr



15.5 RCP AMPLI

15.5.1 Lettre de la Direction Générale

Chère Adhérente, cher Adhérent,

L'augmentation généralisée des prix à la consommation continue de grever le pouvoir d'achat des ménages. Malgré cette inflation, les coûts d'indemnisation des prestations restent actuellement contenus.

Dans ce contexte, j'ai donc le plaisir de vous informer que pour la deuxième année consécutive le tarif de votre contrat responsabilité civile et protection juridique professionnelles reste inchangé.

Panacea Assurances, société d'assurance dont AMPLI Mutuelle est actionnaire minoritaire, continue ainsi à vous proposer des solutions d'assurance aux meilleurs tarifs.

Je vous remercie de votre fidélité et je vous assure du dévouement des équipes d'AMPLI Mutuelle à votre service.

Je vous prie de croire, Chère Adhérente, Cher Adhérent, en mes respectueuses salutations.



Jérôme DE VILLÈLE
Directeur général

094/025



Contrat distribué par E.A.R.L. dite « AMPLI Services », mandataire d'assurance, filiale à 100% d'AMPLI Mutuelle, SAS dont le siège social est situé 25bis Boulevard Berthier - 75017 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 404 098 741. Société enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07006101. Intermédiaire assujéti au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 Paris CEDEX 09. AMPLI Mutuelle (Avenir Mutuel des Professions Libérales et Indépendantes), souscripteur du contrat, siège social : 27 Bd Berthier 75819 Paris CEDEX 17 / Tél : 01 44 15 20 00 / www.ampli.fr Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. SIRET 349 729 350 000 18. Contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 Paris CEDEX 09.

15.6 PERTE D'EMPLOI PANACEA

15.6.1 Lettre du Président

Chère Adhérente, cher Adhérent,

Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre confiance et votre fidélité à notre groupe.

Nous traversons une époque pleine de défis qui nous incite à nous surpasser tout en conservant nos fondamentaux. Face à cette réalité, notre mission chez Groupe Pasteur Mutualité est de vous accompagner au mieux, en tant que professionnel de santé, avec une approche globale et complète de protection et de prévention.

Cette vision est au cœur de notre modèle mutualiste, que nous construisons ensemble. Nous aspirons à créer un édifice unique, ancré dans les valeurs qui nous ont été transmises : responsabilité, solidarité, bienveillance et innovation.

Aussi, le Directoire de Panacea Assurances a décidé de limiter à 3% les augmentations tarifaires applicables au 1^{er} janvier 2025 pour les contrats Pertes Pécuniaires, Perte d'Emploi et SEL, ceci en cohérence avec les résultats techniques propres à chaque garantie et dans un objectif mutualiste de juste équilibre.

Vous trouverez ci-joint votre appel de cotisation pour 2025, et vous invite à découvrir au verso les actions clés que nous avons mises en place cette année pour vous soutenir.

Veillez recevoir mes salutations confraternelles.


Docteur Michel CAZAUGADE
Président Conseil de surveillance

APP 7025

1/2 >

PANACEA ASSURANCES - Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 euros régie par le Code des assurances RCS Paris n° 507 648 087
1, boulevard Pasteur - CS 32563 - 75724 Paris cedex 15 - www.gpm.fr





GPM PRÉVENTION,

LE SITE POUR PRENDRE SOIN DE SOI À TOUT MOMENT

GPM Prévention place votre santé et votre bien-être au centre de ses priorités. Cette plateforme inédite, ouverte aux adhérents bénéficiaires d'un contrat santé ou prévoyance, propose une approche de prévention personnalisée. Plus de 3 000 adhérents l'utilisent déjà.

■ **Bien-être et remise en forme** : des séances vidéo de sport-santé et des conseils pratiques vous attendent pour vous aider à maintenir une bonne forme physique et prévenir les troubles musculo-squelettiques.

■ **Cuisine et nutrition** : le chef étoilé Michel Portos vous propose des recettes simples et équilibrées, pour allier plaisir et santé au quotidien.

■ **Services de prévention e-santé** : gestion du stress et du sommeil, arrêt du tabac, modération de la consommation d'alcool, dépistage des cancers, rééducation des enfants atteints de troubles de l'apprentissage...

Pour en savoir plus,
flutuez ce QR Code



EDUPRAT ET M-SOIGNER, VOS DEUX RÉFÉRENCES EN FORMATION MÉDICALE

En tant que médecins et professionnels de santé, vous êtes soumis à une obligation de formation continue encadrée par l'Agence nationale du DPC. Mais au-delà de l'obligation, se former est un droit essentiel pour progresser et améliorer votre pratique au quotidien.

■ **QVT, burn out, sommeil, activité physique adaptée, management participatif...** M-Soigner conçoit avec les plus grands experts des formations pour vous épanouir et vous permettre d'être plus performant dans votre travail.

■ **Eduprat** accompagne chaque année plus de 18 000 professionnels de santé à travers la France. Son objectif est de renforcer vos pratiques médicales pour garantir la meilleure prise en charge des patients. Eduprat propose plus de 400 formations validantes, disponibles en présentiel, en classe virtuelle ou via e-learning.

Découvrez Eduprat,
En flutuant ce QR Code



LE PROGRAMME M

ACCOMPAGNE LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE

Le Programme M offre un accompagnement gratuit, confidentiel et confidentiel aux soignants en souffrance. Son dispositif d'écoute s'adresse aux médecins, infirmières, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, sage-femmes, et vétérinaires confrontés à des difficultés telles que le stress, le burn-out, le surmenage ou l'isolement.

■ **Un accompagnement de soignant à soignant** : le Programme M propose des entretiens confidentiels avec des pairs formés, qui connaissent parfaitement la réalité d'exercice de votre métier.

■ **Une démarche globale et personnalisée** : chaque intervention est sur-mesure et prend en compte les aspects physiques, émotionnels et professionnels du soignant demandeur.

■ **Un modèle éprouvé au Québec** : inspiré du Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ), actif depuis plus de 30 ans, le Programme M applique une méthode reconnue de prévention.

Contactez le Programme M au 01 40 54 53 77
ou flutuez ce QR Code pour en savoir plus.



2/2

PARACEA ASSURANCES - Société Anonyme à Direction et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 autorisée par le Code des assurances RCS Paris n° 520 048 087
1, boulevard Pasteur - CS 10562 - 75124 Paris cedex 13 - www.gpm.fr

