GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

HOSπ

[hos-pi]

Informations liées à la vente à distance

PRODUIT :

GPM HOSPI SANTE

Organisme assureur :

AGMF Prévoyance - Union de Mutuelles régie par le Livre II du Code de la mutualité Immatriculée au répertoire Sirène sous le n°775 666 340 dont le siège social est sis 1 boulevard Pasteur 75015 Paris.

L'autorité chargée du contrôle d'AGMF Prévoyance est l'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr.

Objet du contrat :

Ce contrat a pour objet de rembourser aux adhérents et, le cas échéant à leurs ayants-droits une partie déterminée des frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux et d'hospitalisation figurant dans le tableau de garanties qu'ils peuvent être amenés à engager et ce, en complément des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie français.

Le contrat comprend trois formules de garanties : GPM HOSPI SANTE 1, GPM HOSPI SANTE 2, GPM HOSPI SANTE 3.

Il répond aux normes des "contrats responsables" au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Tarifs :

Le tarif applicable apparaît sur l'écran "Règlement de la cotisation".
La cotisation est fonction des garanties souscrites, de l'âge de l'adhérent et du tarif en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le tarif applicable apparaît dans le document « Recueil des informations relatives à la connaissance du client dans le cadre du devoir de conseil » et dans le bulletin d'adhésion.

Durée de l'adhésion

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

Tableau de garanties :

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Hospitalisation			
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L160-13 I du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Participation forfaitaire "Acte lourd" (conformément à l'article R 160-16 du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux d'anesthésistes et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux, d'anesthésie et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Chambre particulière - **Par jour - Max 90 jours par année civile** et par assuré, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation, établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme **(sauf hébergement en établissement de soins de longue durée y compris en ex-section de cure médicale non pris en charge)**	-	40 €	60 €
Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**

On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.			
Hospitalisation (suite)			
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la Sécurité Sociale) - **Par nuitée - Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la Santé Publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité Sociale**	-	40 €	60 €
Hébergement temporaire non médicalisé (non pris en charge par la Sécurité Sociale) - **Par nuitée - Max 6 nuitées par année civile et par assuré dans les conditions définies dans les dispositions contractuelles**	-	40 €	60 €
Lit accompagnant - **Par jour (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) - Limité à 15 jours par année civile et par assuré**	-	20 €	30 €
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Hospitalisation à domicile acceptée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Maternité			
Allocation Maternité **(par naissance ou adoption)**	-	-	200 €
FIV, amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale - **Par année civile et par assuré**	-	-	100 €
Chambre particulière maternité - **Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré**	-	40 €	60 €
Soins courants			
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Actes techniques médicaux - Dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - Hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Radiologie - Dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Radiologie - Hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés (conformément aux articles L.162-58 et R.162-62 à R.162-69 du Code de la Sécurité Sociale) **dans la limite du nombre de séances définies dans l'article R162-65 du Code sécurité sociale par année civile et par assuré de trois ans ou plus**	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS sur les médicaments remboursés à 65% par la SS	100% BRSS	100% BRSS
Matériel médical			
Petit appareillage	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Appareillages 100% Santé (Prothèses capillaires, fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale).	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Grand appareillage	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS
Autres soins			
Actes d'ostéopathie, de chiropraxie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par séance - Limité à 3 séances par année civile et par assuré**	-	-	25 €
Cures thermales	-	-	100% BRSS
Aides auditives **Une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facturation).** Forfait incluant le remboursement de la sécurité sociale.			
Aides auditives - classe I Équipements 100 % santé*	100% des frais réels **dans la limite des prix de vente**		
Aides auditives - classe II Tarif libre	100% BRSS	100% BRSS	1 000 €
Consommables acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS
Dépistage et prévention			
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par année civile et par assuré**	-	20 €	50 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (y compris audiométrie subjective) + bilan allergique **- Par année civile et par enfant assuré**	-	-	30 €

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Dépistage et prevention (suite)			
Forfait contraception et sevrage tabagique prescrits (patchs et gommes) - **Par année civile et par assuré**	-	-	40 €
Forfait Objet Connecté E-Santé - **A utiliser sur une période de deux ans par membre participant pour la prise en charge des dépenses liées à l'achat d'un "Objet Connecté E-Santé" tel que défini aux dispositions contractuelles. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.**	75 €	75 €	75 €
Forfait maladie grave / coup dur			
Forfait à utiliser sur une période de deux années civiles par assuré pour la prise en charge des dépenses suivantes : - Équipement médical spécialisé (dont fauteuil roulant) accepté par la Sécurité Sociale - Chirurgie plastique réparatrice acceptée par la Sécurité Sociale (dont prothèse mammaire ou oculaire) - Acte d'esthétique non contre indiqué par le chirurgien, pratiqué par un professionnel de santé agréé et directement lié à une reconstruction mammaire prise en charge par la Sécurité Sociale, - Prothèse capillaire prescrite et acceptée par la Sécurité Sociale - Séances prescrites de kinésithérapie avec dépassements en cas de maladie grave - Chambre particulière en SSR - Sets de pose contenant le matériel de perfusion à domicile - Matériel de stomies - Cure thermale ALD non prise en charge par la Sécurité Sociale dans les conditions définies aux dispositions contractuelles - Séances d'activités physiques adaptées dans les conditions définies aux dispositions contractuelles ***Toute demande de remboursement de prestations découlant d'une « maladie grave » telle que définie aux dispositions contractuelles pourra être étudiée. Ces remboursements ne peuvent en aucun cas déroger aux règles et limites posées par le « cahier des charges » des contrats responsables. En particulier, ils ne peuvent permettre le remboursement des dépassements d'honoraires non pris en charge par la garantie au-delà des plafonds contractuels de prise en charge, ni des équipements d'optique ou d'audioprothèse au-delà des plafonds contractuels.***	-	1 000 €	1 000 €
Optique **Un équipement (verres + monture) tous les 2 ans par assuré (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue)**			
Équipements 100 % santé* - classe A :	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Prestation d'adaptation et d'appairage de la correction visuelle classe A + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Équipements - classe B - Tarif libre :			
Équipement verres simples **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	200 €	300 €
Équipement verres complexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	300 €	400 €
Équipement verres hypercomplexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100% BRSS	400 €	500 €
Dont forfait maximum pour la monture	100% BRSS	75 €	100 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle classe B + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**		
Achat mixte (monture / verres) Tarif 100% Santé (classe A) / Tarif libre (classe B)	Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, **dans la limite des prix limites de vente**		
Achat équipement verres hybrides appartenant à la même classe : Par exemple : un verre complexe + un verre hypercomplexe	Le forfait est calculé sur la base de la somme des deux équipements correspondant aux deux verres divisée par deux. Exemple : forfait pour un équipement hybride en GPM HOSPI SANTÉ 2 avec un verre complexe et un verre hypercomplexe. Calcul du forfait : (300 € + 400 €) / 2 = 350 € dont 75 € de monture		
Lentilles de correction prescrites médicalement (y compris celles non acceptées par la Sécurité Sociale pour les formules GPM HOSPI SANTÉ 2 et 3) - **Par année civile et par assuré**	100% BRSS	100 € + versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel pour les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	100 € + versement du ticket modérateur au-delà du plafond annuel pour les lentilles acceptées par la Sécurité Sociale
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité Sociale - **Par oeil, par année civile et par assuré**	-	300 €	300 €
Implants oculaires non pris en charge par la Sécurité Sociale - **Par oeil, par année civile et par assuré**	-	600 €	600 €

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : le membre participant et ses ayants droits assurés au contrat.**	**GPM HOSPI SANTÉ 1**	**GPM HOSPI SANTÉ 2**	**GPM HOSPI SANTÉ 3**
Dentaire **Taux incluant le remboursement de la sécurité sociale**			
Soins dentaires	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires 100% santé* - panier 1 :			
Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur	100% des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**		
Couronnes, bridges et autres prothèses (dont Inlay-Onlay) prévus par la convention dentaire en vigueur	100% des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**		
Prothèses dentaires - panier 2 (tarif maîtrisé) et panier 3 (tarif libre) :			
Prothèses dentaires (dont Inlay-Onlay) acceptées par la Sécurité Sociale	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale **dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements**	100% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Forfaits pour les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale prévus **sur une période de deux années civiles :**			
Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale **Par prothèse - Limité à 3 prothèses toutes les deux années civiles et par assuré**	-	100 €	200 €
Implantologie **Par implant - Limité à 3 implants toutes les deux années civiles et par assuré**	-	200 €	300 €
Parodontologie / endodontie **Toutes les deux années civiles et par assuré**	-	75 €	100 €
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale **Par semestre - Dans la limite de 2 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements - Une fois par assuré dans la vie du contrat**	-	-	300 €

Exclusions :

- Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale (à l'exception de ceux mentionnés dans le tableau des garanties, selon la formule choisie).

- les franchises médicales sur :
  - les médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121- 1 et L. 5126-4 du Code de la Santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
  - les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
  - les transports sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la sécurité sociale concernant le recours aux transports partagés ;
- la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes ou consultations pris en charge par la Sécurité Sociale lorsque ceux-ci sont réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter ;
- la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.

Modalités d'adhésion :

Le contrat ne peut être souscrit que par des personnes :
- âgées de moins de 65 ans à la date d'adhésion ;
- affiliées à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français ;
- résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy au jour de l'adhésion.

L'adhésion au contrat est formalisée par :
- la remise à l'organisme assureur du bulletin d'adhésion sur support papier signé de façon manuscrite, ou dématérialisé et signé électroniquement par le postulant à l'assurance ;
- la remise à l'organisme assureur, le cas échéant, du mandat de prélèvement SEPA rempli et signé par le postulant à l'assurance ;
- l'accomplissement, le cas échéant lorsque le mode d'adhésion se fait via le site internet, des formalités de paiement en ligne par le postulant à l'assurance ;
- la transmission par le postulant à l'assurance de la copie de l'attestation accompagnant sa carte Vitale et de celle de ses ayants droit ;
- la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de l'adhésion, concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

En cas d'adhésion à distance, les frais afférents à la vente à distance (coûts téléphoniques, connexions Internet, frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents relatifs à l'offre par le membre participant) sont à la charge de celui-ci et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur et du paiement de la première cotisation. Faute pour le postulant à l'assurance d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance est de nul effet.

Modalités de paiement de la cotisation :

Les cotisations annuelles sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisations, par prélèvement automatique ou par chèque. Elles peuvent donner lieu à un paiement fractionné (semestriel, trimestriel, ou mensuel) sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique.

Droit de renonciation :

Délai de renonciation en cas de vente à distance y compris en cas de démarchage téléphonique

Lorsque l'assuré adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'organisme assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de prise d'effet du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Cette renonciation doit être effectuée soit :

- par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception selon le modèle ci-après,
- ou sur le site internet : https://www.gpm.fr/. Si vous utilisez cette fonctionnalité en ligne, nous vous enverrons par courriel, dans les meilleurs délais, un accusé de réception de votre renonciation.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Dans le cadre de la vente à distance, l'adhésion ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'arrivée du terme du délai de renonciation sauf demande expresse de l'assuré.

Pendant le délai de renonciation, la prise d'effet de l'adhésion étant suspendue, les cotisations et les prestations ne sont exigibles qu'à l'expiration de ce délai au terme duquel elles devront être versées rétroactivement. Toutefois, si l'assuré a demandé expressément l'exécution immédiate de son adhésion sans attendre la fin du délai de renonciation, les cotisations et les prestations sont dues dès la date d'effet de l'adhésion.

En cas d'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus, l'adhésion sera considérée comme n'ayant jamais pris effet. Aucune cotisation ne sera due par l'assuré, ni aucune prestation par l'organisme assureur.

Si à la demande expresse de l'assuré, l'adhésion a produit ses effets immédiatement sans attendre l'expiration du délai de renonciation, il sera mis fin rétroactivement à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique ou de la demande faite sur le site internet. L'organisme assureur rembourse la quote-part de cotisation correspondant à la période postérieure à la renonciation, pendant laquelle l'assuré n'a pas bénéficié de la couverture, et conserve la quote-part des cotisations afférente à la période ayant couru entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception de la renonciation correspondant à la couverture dont aura bénéficié l'assuré durant la période d'exécution du contrat. L'assuré devra, le cas échéant, restituer les prestations reçues pendant la période antérieure à la renonciation.

Modèle de lettre-type de renonciation à l'adhésion au contrat

A compléter et à adresser par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception à AGMF Prévoyance : TSA 74433 – 77213 AVON CEDEX.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e), ..., domicilié(e) à ....., vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 5§2.3 de la notice d'information, je désire renoncer à l'adhésion au règlement n°..... auprès de votre organisme.

(A indiquer uniquement si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion) Ayant expressément demandé l'exécution de mon adhésion à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations d'assurance correspondant à la période postérieure à la renonciation et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant la période antérieure à la renonciation. »

Fait à…….., le ……..

(Signature de l'assuré)

Loi applicable :

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est la loi française. Le contrat est régi par le Code de la Mutualité et les échanges y afférents se font dans la langue française.

Réclamation et médiation :

Pour toutes réclamations, il est possible de s'adresser au service réclamation d'AGMF Prévoyance à l'adresse suivante :

- par courrier à AGMF Prévoyance - Service réclamation – TSA 74433 – 77213 AVON CEDEX,

- par mail à reclamation@gpm.fr.

Un accusé réception sera envoyé par AGMF Prévoyance à l'assuré dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de l'envoi de sa réclamation. Cette dernière devra être traitée dans un délai maximum de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement, sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

L'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance 2 mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée et que l'assuré ait eu ou non une réponse. L'assuré peut à ce titre :

- envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « AGMF Prévoyance. », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de AGMF Prévoyance qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : http://www.mediationassurance.org.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.
Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux. »

Durée de validité des informations :

Les informations de ce document sont valables pour l'année en cours sous réserve de modifications contractuelles ultérieures susceptibles d'emporter la révision du présent document.

Ce document a un caractère commercial. Il répond à l'obligation d'information fixée par l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.
Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.