

Assurance Complémentaire Santé des personnels hospitaliers

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie :

AGMF Prévoyance - Union de mutuelles immatriculée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité - n° SIREN 775 666 340

Produit : GPM HOSPI SANTE

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

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables ainsi que la prise en charge renforcée des dispositifs médicaux d'optique médicale, des aides auditives à partir du 1^{er} janvier 2021 et des soins prothétiques dentaires. La personne assurée doit obligatoirement être âgée de moins de 65 ans à l'adhésion. Cette offre est complètement dématérialisée, aucun courrier postal ne sera adressé.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge. L'assuré a le choix entre 3 formules de garanties.

Les garanties systématiquement prévues

Les trois formules prévoient systématiquement l'ensemble des garanties suivantes :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires et soins, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile acceptée par la Sécurité Sociale, transport accepté par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : honoraires médicaux, visites omnipraticiens et spécialistes, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale, analyses et examens de laboratoire, radiologie.
- ✓ **Frais optiques** : équipements (verres et monture) 100% santé classe A et tarif libre classe B, lentilles de correction prescrites médicalement et acceptées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale : 100% santé panier 1, tarif maîtrisé panier 2 et tarif libre panier 3. Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Aides auditives** : équipement 100% santé classe A et tarif libre classe B.
- ✓ **Matériel médical remboursé par la Sécurité Sociale** : petit et grand appareillage.
- ✓ **Prévention** : vaccins acceptés par la Sécurité Sociale, bilan du langage oral, l'acte d'ostéodensitométrie, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition.
- ✓ **Forfait objet connecté E-santé**.

Les garanties optionnelles

Certaines formules peuvent prévoir les garanties suivantes :

Hospitalisation et maternité : chambre particulière, lit accompagnant, hébergement temporaire non médicalisé, allocation maternité, FIV et amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale.

Autres soins : actes d'ostéopathie, de chiropraxie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale, cures thermales.

Prévention : contraception et sevrage tabagique prescrits, dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans, bilan allergique, vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale.

Forfait Maladie grave/coup dur : prise en charge de certaines prestations présentant un reste à charge élevé, découlant d'une « maladie grave » (atteignant une personne reconnue en Affection de Longue Durée par la Sécurité Sociale).

Frais optiques : lentilles de correction prescrites médicalement non acceptées par la Sécurité Sociale, chirurgie réfractive et implants oculaires non pris en charge par la Sécurité Sociale.

Forfaits dentaires : pour les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale : prothèses dentaires, implantologie, parodontologie/endodontie, orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale.

Services systématiquement prévus

- ✓ Tiers Payant

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile : aide-ménagère, garde des enfants.
- ✓ Assistance aide aux aidants : assistance en cas d'agression pendant l'exercice professionnel, soutien psychologique, accompagnement hospitalisation.
- ✓ Assistance déplacement : rapatriement.

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes non affiliées à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les soins prodigués par des non professionnels de santé agréés hors ceux qui figurent dans le tableau de garanties.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-social, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Dépendantes (EHPAD).



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

Principales exclusions du contrat responsable

- ! Actes non pris en charge par la Sécurité Sociale sauf indication dans la rubrique « Qu'est ce qui est assuré ? ».
- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions d'indemnisation

- ! **Maternité, implants oculaires, orthodontie non pris en charge par la Sécurité Sociale et forfait maladie grave/coup dur** : prime et forfaits versés 12 mois après la prise d'effet de l'adhésion (délai d'attente).
- ! **Chambre particulière** : limitée à 90 jours par année civile et par assuré pour la maternité et les séjours en établissements dans les spécialités suivantes : suite et réadaptation, soins thermaux, unités psychiatriques, lutte contre les maladies mentales ou l'alcoolisme.
- ! **Hébergement temporaire non médicalisé** : limité à 6 nuitées par année civile et par assuré.
- ! **Lit accompagnant** : limitée à 15 jours par année civile par assuré.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou les cas d'évolution de la vue.
- ! **Autres soins** : limitée à 3 séances par année civile et par assuré sauf pour la cure thermique.
- ! **Forfaits maladie grave / coup dur** : forfait versé 12 mois après la prise d'effet de l'adhésion (délai d'attente). Le forfait est renouvelable toutes les 2 années civiles.
- ! **Forfait objet connecté e-santé** : limité à un objet connecté par membre participant et renouvelable toutes les 2 années civiles à compter de la date d'achat du premier objet connecté.
- ! **Dentaire** : orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale limitée à 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements.
- ! **Forfait dentaire** : prothèses non acceptées par la Sécurité Sociale limitées à 3 toutes les deux années civiles par assuré. Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale limitée à 2 semestres par assuré une fois dans la vie du contrat.
- ! **Implantologie** non acceptée par la Sécurité Sociale limitée à 3 implants toutes les deux années civiles par assuré. Renouvellement du forfait parodontologie/endodontie toutes les deux années civiles par assuré.



Où suis-je couvert ?

- ✓ L'adhésion est réservée aux personnes résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

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

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le mandat de prélèvement SEPA.
- Fournir tous renseignements ou documents demandés par l'organisme assureur (pièce d'identité, attestation de carte vitale, mandat SEPA, RIB).
- Régler la cotisation (ou fragment de cotisation) indiquée dans l'appel de cotisations.

En cours de contrat :

- Informer l'organisme assureur de tout changement affectant sa situation personnelle et professionnelle.
- Régler la cotisation annuelle indiquée sur l'appel de cotisations.
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par le contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion produit ses effets à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance (y compris en cas de démarchage téléphonique), le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Pendant ce délai, la prise d'effet de l'adhésion est suspendue sauf si le membre participant demande expressément l'exécution immédiate de son adhésion sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande d'adhésion.

En cas de démarchage (hors démarchage téléphonique), le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion est valable pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Elle est ensuite renouvelée automatiquement d'année en année à sa date d'échéance, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez également résilier votre contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception dans les 30 jours suivants les événements ci-après :

- En cas de modification des dispositions contractuelles,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. Les demandes de résiliation doivent être adressées à : Centre de Gestion AGMF Prévoyance- TSA 90014 - 78457 Velizy Cedex.