

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PAVILLON PREVOYANCE - Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086

Produit : SANTE ENTREPRISE



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

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé 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 responsables.



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 plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, maison de repos et de convalescence, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments à 65%, vaccin antigrippal
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles acceptées)
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, prothèse et orthodontie acceptées)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : panier 100% santé (aide auditive de classe I par oreille), hors panier 100% santé (aide auditive de classe II par oreille), prothèses capillaires, mammaires et oculaires

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement
Médicaments à 15% et 30%, phytothérapie, autres vaccins, médicaments non remboursables
Médecine douce
Parodontologie, implantologie, orthodontie refusée
Lentilles refusées, chirurgie réfractive
Prévention (forfaits consultations podologie en diabétologie, ostéodensitométrie non remboursable, contraception, sevrage tabagique, allergologie, cure thermale...)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), service d'analyse de devis, E-service (compte en ligne...), service conseillère sociale, téléconsultation (service en partenariat avec la plateforme MesDocteurs)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation
- ✓ Prise en charge des enfants, proche dépendant...

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus ou prescrits en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux
- ✗ Toutes les prestations non remboursées par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et ne figurant pas sur la fiche produit



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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

- ! **Chambre particulière sans nuitée** : lorsque la garantie le prévoit, prise en charge uniquement dans le cadre de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Cure** : ne prend pas en charge les cures effectuées en hospitalisation, cures d'amaigrissement ou de rajeunissement
- ! L'achat de véhicule pour personnes handicapées physiques (fauteuils roulants).



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement et en complément du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'affiliation.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.
- Régler la cotisation selon les modalités choisies.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés pour le paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- L'adhérent et/ou l'ayant droit s'engage à transmettre à la mutuelle dans le délai d'un mois de sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation : adresse, état civil, naissance/mariage/décès, changement de situation au regard de l'AMO et tout changement dans leur régime (étudiant, salarié, demandeur d'emploi), pouvant dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (année, semestre) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat fixée d'un commun accord est indiquée au bulletin d'affiliation
- En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- L'affiliation cesse à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Le contrat peut être résilié par l'entreprise par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	+ Prestations mutuelle	= COUVERTURE TOTALE
Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2019)			
Pourcentage sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins coordonnés. Contrat « responsable et solidaire ».			
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %
Frais de séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Soins			
- Médecins adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1) (2)	100 % à 170 % (1) (2)	250 % (1) (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	80 % ou 100 % (1) (2)	100 % à 120 % (1) (2)	200 % (1) (2)
Traitement du cancer			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	150 % (2)	250 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	100 % (2)	200 % (2)
Accouchement			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	150 % (2)	250 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	100 % (2)	200 % (2)
Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Frais d'accompagnement	-	27,50 €/jour	27,50 €/jour (10 jours maxi)
Pharmacie extra-usuelle	-	160 €	160 €
Hospitalisation en urgence	-	260 €	260 € A l'étranger
Chambre particulière - avec nuitée	-	61 €	61 € Hors département
- sans nuitée	-	30 €/jour	30 €/jour
TRANSPORT	65 %	35 %	100 %
SOINS COURANTS			
Médecins généralistes, imagerie médicale			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	80 % (2)	150 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	70 %	60 % (2)	130 % (2)
Médecins spécialistes			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	130 % (2)	200 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	70 %	110 % (2)	180 % (2)
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
Autres vaccins	-	40 € (3)	40 €
PROTHÈSE			
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	240 %	300 %
Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	200 %	300 % Dans la limite d'un plafond annuel de 300 € par type de prothèse.
AIDE AUDITIVE (4)			
Panier 100% santé**			
- Aide auditive de classe I par oreille	60 %	240 %	300 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
Hors panier 100% santé			
- Aide auditive de classe II par oreille	60 %	240 %	300 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
DENTAIRE			
Panier 100% santé***			
- Soins et prothèses 100% santé	70 %	30 %	100 % Remboursement intégral***
Hors panier 100% santé			
- Soins	70 %	30 %	100 %
- Prothèse dentaire acceptée	70 %	230 %	300 %
- Prothèse dentaire non remboursée	-	150 € (3)	150 €
- Parodontologie	-	150 € (3)	150 €
- Implantologie	-	700 € (3)	700 €
- Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %
- Orthodontie refusée	-	10 % PMSS**** (3)	10 % PMSS**** = 337,70 € en 2019
OPTIQUE			
Panier 100% santé***			
- Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral***
Hors panier 100% santé			
Équipement monture (5) + verres simples (6) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 280 €/2 ANS
Équipement monture (5) + verres complexes (6) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 420 €/2 ANS
Équipement monture (5) + verres très complexes (6) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 480 €/2 ANS
Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 120 €/AN
Lentilles refusées	-	160 € (3)	160 €
Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 €/œil
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION			
Cure thermale : forfait établissement (8)	65 %	35 %	100 %
Cure thermale : honoraires de surveillance (8)	70 %	30 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 110 €/AN
Forfait médecine douce : homéopathie, ostéopathie, acupuncture (9), chiropractie, réflexologie, étiopathie	-	120 € (3)	120 € Limité à 30 €/séance.
Ostéodensitométrie non remboursable	-	35 € (3)	35 €
Contraception	-	32 € (3)	32 €
Amniocentèse	-	45 € (3)	45 €
Consultations diététique, podologie, allergologie	-	25 € x 3 (3)	25 € Par spécialité
Consultation podologie en diabétologie	-	25 € (3)	25 €
Sevrage tabagique	-	50 € (3)	50 €
Auto-tensiomètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/famille.
NAISSANCE ET ADOPTION (10)	-	230 €	230 €

FORFAIT OPTIQUE
Jusqu'à
480 €/2 ANS
Lunettes

TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (11) Ce service vous est proposé en partenariat avec la plateforme MesDocteurs à partir du 1^{er} janvier 2020 et accessible depuis votre espace adhérent sur pavillon-prevoyance.fr

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). ** Remboursement intégral du panier 100% santé à partir de 2021. *** Prise en charge à 100% du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente. **** PMSS = Plafond Mensuel de l'Assurance Maladie Obligatoire soit pour 2019 = 3 377 €. ***** (PMSS 2020 non connu à ce jour, nous consulter pour montant actualisé). Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. Conformément au panier de soins ANI pour les contrats obligatoires. (1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Pas de prise en charge hors parcours de soins coordonnés de la diminution du taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires. Remboursement des dépassements d'honoraires minoré pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM. (3) Forfait annuel. (4) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (5) Limite monture à 150 €. (6) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur. (7) À compter de la date d'acquisition de l'équipement optique - limité à une monture et deux verres une fois tous les deux ans, excepté pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue, tous les ans. (8) Sur prescription médicale. Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (9) Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant. (10) Le service de téléconsultation MesDocteurs permet de mettre en relation un professionnel de santé et un patient dans le cadre d'une consultation réalisée à distance et allant jusqu'à l'émission d'une ordonnance (hors arrêt de travail, médicaments à prescription restreinte, dispense sportive) si le médecin l'estime nécessaire (certaines prescriptions définies dans les conditions générales du service sont exclues). Le service de téléconsultation MesDocteurs n'a pas pour objet de remplacer les consultations avec le médecin traitant et ne correspond pas à un service d'urgence. En cas d'urgence, contacter le 15 ou le 112. Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds. En cas de modification des taux de la Sécurité sociale, vos prestations Mutuelle pourront être modifiées.

Tout est prévu pour une vie plus facile

- Le tiers payant partout en France⁽¹⁾
- La prise en charge immédiate de vos dépenses

Les services inclus pour vous adoucir la vie

- Réseau de soins **itelis**
Optique, dentaire, audition : avantages permanents et exclusifs chez les partenaires du réseau, analyse de devis...
- A partir du 1^{er} janvier 2020 Service de téléconsultation MesDocteurs
- Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes
Laboratoire, hôpital... Tous les services sur **mutualite.fr**
- Assistance Santé
- Service Conseillère Sociale Des solutions dans les moments difficiles
- Service Conseiller expert Déplacement en entreprise
- Rendez-vous Conseil En agence
- E-service Espace sécurisé, alerte remboursement ...



Partenaire
le plus proche
flasher ce code

Des assurances complémentaires pour tout prévoir

- Prévoyance
1,5 % Cadre - Maintien des revenus - Indemnités fin de carrière
Dépendance
- Épargne
Épargne salariale - Retraite

Les partenaires pour + d'avantages



Demandez vos avantages auprès de votre conseiller

Adhésion, modification, suivi et informations

0 810 810 033

Service 0,05 € / min
+ prix appel

LUNDI AU VENDREDI 8H/19H - SAMEDI 9H/12H

ou **05 57 81 24 41**

pavillon-prevoyance.fr

Espace sécurisé privatif - Infos santé

Agences de proximité

GIRONDE

BORDEAUX BASTIDE
92 avenue Thiers • 05 57 81 51 10
prevoyancebastide@pavillon-prevoyance.fr

BORDEAUX GAMBETTA
35 rue Judaique • 05 56 79 06 75
prevoyancejudaique@pavillon-prevoyance.fr

LANGON
34 rue Maubec • 05 57 31 08 46
prevoyancelangon@pavillon-prevoyance.fr

LA TESTE DE BUCH
13 rue Pierre Dignac • 05 56 54 63 98
prevoyancelateste@pavillon-prevoyance.fr

LESPARRE
22 place Gambetta • 05 56 59 43 64
prevoyancelesparre@pavillon-prevoyance.fr

LIBOURNE
63 rue Gambetta • 05 57 51 77 58
prevoyancelibourne@pavillon-prevoyance.fr

MÉRIGNAC
489 avenue de Verdun • 05 56 97 82 24
prevoyancemerignac@pavillon-prevoyance.fr

TALENCE
44 cours Gallieni • 05 56 24 10 10
prevoyancegallieni@pavillon-prevoyance.fr

CHARENTE

ANGOULÈME
17 boulevard Berthelot • 05 45 68 81 34
prevoyanceangouleme@pavillon-prevoyance.fr

Siège social : 90 avenue Thiers - CS 21004
33072 Bordeaux Cedex