

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 : ACTIO-TNS



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, frais d'accompagnement, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments à 65% et 30%, 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
- ✓ **Prévention** : cure thermale (honoraires et frais d'établissement)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière avec nuitée
Médicaments à 15%, autres vaccins, médecine douce
Orthopédie et petit appareillage remboursés,
Parodontologie, implantologie, inlay-core, orthodontie refusée
Lentilles refusées, chirurgie réfractive
Prévention et forfait naissance - adoption

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'adhésion.
- 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).
- Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- En nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année.
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les trente jours qui suivent à la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de trente jours à compter de la proposition de modification du contrat par la mutuelle.

Garanties

Taux de
remboursement
de la Sécurité sociale



Prestations
mutuelle



COUVERTURE
TOTALE

COMMENTAIRES

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 ». Selon les conditions du contrat et de la notice d'information et sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2019)

HOSPITALISATION - Secteur conventionné

Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %	Des dépenses réelles, prise en charge illimitée.
Séjour chirurgical	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %	Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital. Séjour illimité y compris forfait journalier hospitalier.
Séjour médical	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %	Séjour illimité y compris forfait journalier hospitalier.
Soins hospitaliers	-	-	-	-
- Médecins adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	20 % à 200 % (1)(2)	100 % à 300 % (1)(2)	Soins à 100 %, radiologues, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 300 %
- Médecins non adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	100 % (1)(2)	100 % à 200 % (1)(2)	Soins à 100 %, radiologues, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 200 %
Traitement du cancer	-	-	-	-
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	200 % (1)	300 % (1)	Radiologues, chirurgiens et anesthésistes à 300 %
- Médecins non adhérents à un DPTM*	100 %	100 % (1)	200 % (1)	Radiologues, chirurgiens et anesthésistes à 200 %
Accouchement	-	-	-	-
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	200 % (2)	300 % (2)	Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée
- Médecins non adhérents à un DPTM*	100 %	100 % (2)	200 % (2)	
Maison de repos et de convalescence, Centre de rééducation moyen séjour	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %	

HOSPITALISATION - Secteur non conventionné

Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %	Des dépenses réelles, prise en charge illimitée.
Séjour chirurgical	-	-	100 %	Des dépenses réelles sur la base des tarifs en vigueur.
Séjour médical	-	-	100 %	Des dépenses réelles sur la base des tarifs en vigueur.
Soins hospitaliers	-	-	225 % (2)	Soins à 100 %, radiologues, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 225 % du tarif d'autorité
Traitement du cancer	-	-	225 % (1)	Radiologues, chirurgiens et anesthésistes à 225 % du tarif d'autorité
Accouchement	-	-	225 %	Du tarif d'autorité. Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée
Maison de repos et de convalescence, Centre de rééducation moyen séjour	-	-	100 %	Des dépenses réelles sur la base des tarifs en vigueur.

HOSPITALISATION - Secteur conventionné ou non

Frais d'accompagnement	-	1 % du PMSS****	1 % du PMSS****	Maxi/jour dans la limite des dépenses réelles, limitées à 10 jours/hospit.
Chambre particulière avec nuitée	-	3 % du PMSS****	3 % du PMSS****	Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière. Séjour illimité en chirurgie y compris maternité 60 jours maxi en hospitalisation médicale. 30 jours maxi en rééducation ou convalescence ou moyen séjour ou psychiatrie ou alcoolologie.

TRANSPORTS

SOINS COURANTS	65 %	135 %	200 %	Ambulances, véhicules sanitaires légers
----------------	------	-------	-------	---

Médecins généralistes, spécialistes	-	-	-	-
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	80 % (2)	150 % (2)	
- Médecins non adhérents à un DPTM*	70 %	60 % (2)	130 % (2)	
Imagerie médicale	-	-	-	-
- 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 %	90 %	150 %	
Honoraires paramédicaux	60 %	90 %	150 %	Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %	
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %	Des dépenses réelles
Autres vaccins	-	40 €	40 €	Prescrits non remboursables. Prise en charge limitée à un vaccin par an et par personne et plafonnée à 40 € maximum.

MÉDECINE DOUCE

Acupuncture, chiropractie, étiopathie	-	100 €	100 €	Forfait annuel global/personne pour ces 7 actes effectués par un praticien diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste.
---------------------------------------	---	-------	-------	---

PROTHÈSE

Capillaire/mammaire et oculaire	100 %	20 %	120 %	Dans la limite d'un plafond de 300 € par type de prothèse et par an
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	60 %	120 %	Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
Fauteuil handicapé	100 %	600 €	100 % + 600 €	Remboursement sur dossier à constituer avec notre service d'action sociale, limité à 600 € par an en fonction des ressources.

AIDE AUDITIVE (5)

Auditive (adulte de plus de 20 ans)	-	-	-	-
Panier 100% santé	-	-	-	-
- Aide auditive de classe I par oreille	60 %	40 % + 650 €	100 % + 650 €	Forfait par an/personne - dans la limite des dépenses réelles
Hors panier 100% santé	-	-	-	-
- Aide auditive de classe II par oreille	60 %	40 % + 650 €	100 % + 650 €	Forfait par an/personne - dans la limite des dépenses réelles
Auditive (enfant de moins de 20 ans)	-	-	-	-
Panier 100% santé	-	-	-	-
- Aide auditive de classe I par oreille	60 %	190 %	250 %	Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
Hors panier 100% santé	-	-	-	-
- Aide auditive de classe II par oreille	60 %	190 %	250 %	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 (dont inlay-onlay)	70 %	80 %	150 %	
- Prothèse dentaire acceptée, inlay-core	70 %	230 %	300 %	Dans la limite des dépenses réelles
- Parodontologie	-	150 €	150 €	Forfait par traitement et par personne
- Implantologie	-	300 €	300 €	Forfait par implant et par personne
- Plafond global des 3 actes ci-dessus limité à :	-	-	-	-
* 1 ^{ère} année d'adhésion	-	1 500 €	1 500 €	
* À partir de la 2 ^e année d'adhésion	-	2 000 €	2 000 €	
- Orthodontie acceptée	100 %	100 %	200 %	Dans la limite des dépenses réelles
- Orthodontie refusée	-	200 €	200 €	Forfait une fois par semestre et par personne



OPTIQUE

Panier 100% santé***	-	-	-	-
- Monture + verres 100% santé (remboursement intégral**)	60 %	40 %	100 %	Remboursement intégral***
Hors panier 100% santé	-	-	-	-
Enfant (jusqu'à 16 ans)	-	-	-	-
- Montures	60 %	40 %	100 %	
- Verres simples (3)	60 %	40 %	100 %	+ FORFAIT 45 € + Bonus Fidélité 10 € (4) (RO et TM inclus)
- Verres complexes (3)	60 %	40 %	100 %	+ FORFAIT PAR VERRE 40 € + Bonus Fidélité 25 € (4) (RO et TM inclus)
Adulte	-	-	-	-
- Montures	60 %	40 %	100 %	
- Verres simples (3)	60 %	40 %	100 %	+ FORFAIT PAR VERRE 80 € + Bonus Fidélité 25 € (4) (RO et TM inclus)
- Verres complexes (3)	60 %	40 %	100 %	+ FORFAIT PAR VERRE 155 € + Bonus Fidélité 25 € (4) (RO et TM inclus)
- Lentilles acceptées	60 %	40 % + 150 €	100 % + 150 €	FORFAIT GLOBAL/an/personne : 150 €
- Lentilles refusées	-	150 €	150 €	Forfait une fois par an et par personne
- Chirurgie réfractive	-	150 €	150 €	Forfait / œil



Bonus Fidélité
Dès la 3^e année

PRÉVENTION

Cure thermale acceptée : forfait établissement	65 %	35 %	100 %	
Cure thermale acceptée : honoraires de surveillance	70 %	30 %	100 %	FORFAIT ANNUEL : 150 €/personne
Ostéodensitométrie non remboursable	-	50 €	50 €	
Contraception	-	50 €	50 €	
Sevrage tabagique	-	50 €	50 €	
Amniocentèse	-	50 €	50 €	Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire
Podologie, soins de pédicure / diététique / allergologie	-	25 € Par spécialité	25 €	Soins de pédicure effectués par un podologue-pédicure
Consultation podologie en diabétologie	-	25 €	25 €	
Auto-tensionmètre	-	80 %	80 %	80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an et par famille

NAISSANCE & ADOPTION

ASSISTANCE SANTÉ (gratuit)	-	15 % du PMSS****	15 % du PMSS****	Forfait - Sous réserve de l'adhésion de l'enfant
----------------------------	---	------------------	------------------	--

TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (6)

24H/24 - 7J/7	-	-	-	Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile
---------------	---	---	---	--

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



Optique, dentaire, audioprothèse. 6 000 professionnels de santé vous offrent des avantages permanents et exclusifs !

Édition 2020 - Produit : STNS1 - * 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, (1) Selon la nature de l'intervention ou des soins, (2) Pas de prise en charge, hors parcours de soins coordonnés et en cas d'absence de médecin traitant, de la diminution de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires, Remboursement d'honoraires mineur pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM, (3) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur, (4) 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, (5) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans, (6) 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, contactez le 15 ou le 112, Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend pas en charge les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire : participation forfaitaire d'1€ à chaque consultation et acte médical, 0,50€ par boîte de médicament et par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire, Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou réajuster ses prestations si le taux de remboursement de la Sécurité sociale est modifié.