

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 RCS Bordeaux

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, orthopédie et petit appareillage remboursés

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement
Médicaments à 15% et 30%, phytothérapie, autres vaccins, pharmacie 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 en nous adressant un courrier ou un mail à l'adresse resiliation@pavillon-prevoyance.fr au moins deux mois avant le 31 décembre.
- À compter du douzième (12^e) mois d'adhésion, à tout moment en nous adressant un courrier ou un mail à l'adresse indiquée ci-dessus.

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 2020)

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)(2)	100 %
Soins			
- Médecins adhérents ou non à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	200 % à 220 % (1)(2)	300 % (1)(2)
Lit d'accompagnement	-	2 % du PMSS** (3)	2 % du PMSS**
Chambre particulière avec ou sans nuitée	-	3 % du PMSS** (4)	3 % du PMSS**

TRANSPORT

	65 %	185 %	250 %
--	------	-------	-------

SOINS COURANTS

Médecins généralistes, spécialistes, imagerie médicale, actes chirurgicaux sans hospitalisation	70 %	230 % (2)	300 % (2)
- Médecins adhérents ou non à un DPTM*			
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	90 %	150 %
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Pharmacie non remboursable	-	50 € (5)	50 €
Vaccin non remboursable	-	6 % du PMSS** (6)	6 % du PMSS**

PROTHÈSE

Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	340 %	400 %
Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	300 %	400 %

AIDE AUDITIVE (7)

Panier 100% santé***			
- Aide auditive de classe I par oreille	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
- Aide auditive de classe II par oreille	60 %	1 200 € (8)	60 % + FORFAIT 1 200 €/AN/PERS. 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 %
- Inlay, onlay	70 %	280 %	350 %
- Prothèse dentaire acceptée, inlay-core	70 %	280 %	350 %
- Prothèse dentaire refusée	-	5 % du PMSS**	5 % du PMSS** Par acte, dans la limite de 15 % du PMSS**/an/pers.
- Implantologie acceptée	70 %	280 %	350 %
- Implantologie refusée	-	25 % du PMSS**	25 % du PMSS** Par an/pers.
- Parodontologie acceptée	70 %	30 %	100 %
- Parodontologie refusée	-	300 €	300 € Par an/pers.
- Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 €
- Orthodontie refusée	-	300 % (9)	300 %

OPTIQUE

Panier 100% santé***			
- Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
- Monture (RO et TM inclus)	60 %	180 € (10)	60 % + FORFAIT 180 €/2 ANS
- Verres simples (RO et TM inclus)	60 %	100 € (10)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 100 €/2 ANS
- Verres complexes (RO et TM inclus)	60 %	200 € (10)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 200 €/2 ANS
- Verres très complexes (RO et TM inclus)	60 %	300 € (10)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 300 €/2 ANS
- Lentilles acceptées ou non y compris lentilles jetables	60 %	40 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 7 % du PMSS**/AN
- Chirurgie réfractive	-	450 €	450 € Forfait/œil

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Cure thermale : forfait établissement (12)	65 %	35 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 10 % du PMSS**/PERS
Cure thermale : honoraires de surveillance (12)	70 %	30 %	100 %
Ostéopathie, chiropratie, acupuncture, micro-kinésithérapie, aromathérapie, homéopathie, oligothérapie, réflexologie, phytothérapie, naturopathie, pédicure, psychomotricité, psychologie	-	2 % du PMSS** (13)	2 % du PMSS**
Consultation diététique (enfant de moins de 12 ans)	-	1,25 % du PMSS** (14)	1,25 % du PMSS**
Sevrage tabagique	-	90 € (14)	90 €

NAISSANCE & ADOPTION

Sous réserve de l'adhésion de l'enfant	-	10 % du PMSS**	10 % du PMSS**
--	---	----------------	----------------

TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (15) Ce service vous est proposé en partenariat avec la plateforme MesDocteurs, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). ** PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale soit pour 2020 : 3 428 € (PMSS 2021 non connu à ce jour, nous consulter pour montant actualisé). *** Prise en charge à 100 % du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limités de vente. 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) Par jour dans la limite des dépenses réelles, maxi 30 jours/enfant - de 16 ans/ascendant + de 70 ans/les. (4) Max/1000 €. (5) Prescrite non remboursable. Prise en charge limitée à 50 € maximum par an et par personne. (6) Prescrite non remboursable. Prise en charge limitée à 6 % du PMSS** maxi/an/pers. (7) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (8) Forfait de 1 200 €/an/pers. Au-delà prise en charge à hauteur du Ticket Modérateur. (9) De la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reconstruite T090. (10) 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. Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur. (11) Au delà Ticket Modérateur. (12) Cure thermale acceptée, maxi. 21 jours. (13) Forfait par séance et par personne pour tous les actes effectués par un praticien diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite de 4 séances maxi/an/pers. Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (14) Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. (15) 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...
- Service de téléconsultation **MesDocteurs**
- Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes
Laboratoire, hôpital... Tous les services sur www.mutualite.fr
- Assistance Santé
- Service Conseillère Sociale Des solutions dans les moments difficiles
- Service Conseiller expert Déplacement en entreprise
- Rendez-vous Conseil En agence

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

ou **05 57 81 24 41**
LUNDI AU VENDREDI 8H/19H - SAMEDI 9H/12H

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-MÉDOC
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

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

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

www.pavillon-prevoyance.fr



(1) Sur l'ensemble des prestations obligatoires de votre contrat responsable.