

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 : ENERGIA



Ma mutuelle va plus loin

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, lit d'accompagnement
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments de 15% à 65%, pharmacie non remboursable
- ✓ **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), implantologie, orthodontie acceptée, prothèse acceptée
- ✓ **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
- ✓ **Prévention** : cure thermale, sevrage tabagique, consultation diététique (enfant de moins de 12 ans)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chirurgie réfractive
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), avis médical d'expert (service en partenariat avec deuxiemeavis.fr)

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. * La garantie naissance et adoption est assurée par Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.



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.

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %
Frais de séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % (1)	200 % à 220 % (1)(2)	300 %
Soins			
- Médecins adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	150 % 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)
Lit d'accompagnement	-	1 % du PMSS** (3)	1 % du PMSS**
Chambre particulière avec ou sans nuitée	-	2,5 % du PMSS** (4)	2,5 % du PMSS**

TRANSPORT

	65 %	35 %	100 %
--	------	------	-------

SOINS COURANTS

Médecins généralistes			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	80 % (2)	150 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM*	70 %	60 % (2)	130 % (2)
Médecins spécialistes, imagerie médicale, actes chirurgicaux sans hospitalisation			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	130 % (2)	200 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM*	70 %	60 % (2)	130 % (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 %
Pharmacie non remboursable	-	40 € (5)	40 €

PROTHÈSE

Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	240 %	300 %
Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	200 %	300 %

AIDE AUDITIVE (6)

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 %	700 € (7)	60 % + FORFAIT 700 € / 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 %	50 %	120 %
- Inlay, onlay	70 %	230 %	300 %
- Prothèse dentaire acceptée, inlay-core	70 %	230 %	300 %
- Prothèse dentaire refusée	-	3 % du PMSS**	3 % du PMSS** Par acte, dans la limite de 9 % du PMSS**/an/pers.
- Implantologie acceptée	70 %	230 %	300 %
- Implantologie refusée	-	20 % du PMSS**	20 % du PMSS** Par an/pers.
- Parodontologie acceptée	70 %	50 %	120 %
- Parodontologie refusée	-	5 % du PMSS**	5 % du PMSS** Par an/pers.
- Orthodontie acceptée	100 %	150 %	250 %
- Orthodontie refusée	-	200 % (8)	200 %

OPTIQUE

Panier 100% santé***			
- Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
Monture (RO et TM inclus)	60 %	100 € (9)	60 % + FORFAIT 100 € / 2 ANS
Verres simples (RO et TM inclus)	60 %	120 € (9)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 120 € / 2 ANS
Verres complexes (RO et TM inclus)	60 %	250 € (9)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 250 € / 2 ANS
Verres très complexes (RO et TM inclus)	60 %	350 € (9)	60 % + FORFAIT PAR VERRE 350 € / 2 ANS
Lentilles acceptées ou non y compris lentilles jetables	60 %	40 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 5 % du PMSS**/AN
Chirurgie réfractive	-	15 % du PMSS**	15 % du PMSS** Forfait/œil

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Cure thermale : forfait établissement (11)	65 %	35 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 10 % du PMSS**/PERS
Cure thermale : honoraires de surveillance (11)	70 %	30 %	100 %
Ostéopathie, chiropratie, acupuncture, micro-kinésithérapie, aromathérapie, homéopathie, oligothérapie, réflexologie, phytothérapie, naturopathie, pédicure, psychomotricité, psychologie	-	120 € (12)	120 €
Consultation diététique (enfant de moins de 12 ans)	-	1,25 % du PMSS** (13)	1,25 % du PMSS**
Sevrage tabagique	-	40 € (13)	40 €

NAISSANCE & ADOPTION (14)

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

AVIS MÉDICAL D'EXPERT (gratuit) (16)

Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr à partir du 1^{er} janvier 2022, 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 2021 : 3 428 € (PMSS 2022 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 limites 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/an. (4) Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière. (5) Prescrite non remboursable. Prise en charge limitée à 40 € maximum par an et par personne. (6) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (7) Forfait de 700 €/an/pers. Au-delà prise en charge à hauteur du Ticket Modérateur. (8) De la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reconstruite 1090. (9) 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. (10) Au delà Ticket Modérateur. (11) Cure thermale acceptée, maxi. 21 jours. (12) Forfait annuel global par personne pour tous les actes effectués par un praticien diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite de 30 € par acte (maxi. 4 séances/an/pers.). Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (13) Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. (14) Garantie souscrit sous d'un contrat collecté par la mutuelle dans le cadre des dispositions de l'article L221-3 du Code de la Mutualité, auprès de l'Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions de l'article II du Code de la mutualité, numéro Siret 969501152889641057. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. Ce contrat est révisable ou résiliable annuellement par avenant conclu entre la mutuelle et l'Harmonie Mutuelle. Ces modifications seront notifiées à chaque adhérent. (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. (16) Le service d'avis médical d'expert deuxiemeavis.fr permet avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieux, l'avis écrit d'un médecin expert référent de votre maladie en moins de 7 jours (alors qu'il faut souvent plusieurs mois pour un rendez-vous avec ces experts). Plus de 210 médecins experts référencés, 600 pathologies (endométriose, problèmes orthopédiques, cancer...), sur la base d'un dossier médical complet, sans se déplacer, assistance téléphonique. 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**
- À partir du 1^{er} janvier 2022 **Avis médical d'expert deuxiemeavis.fr**
Avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieux.
- 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

ANGOULÈME
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.