

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 : INOVA



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
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, consultations psychologues remboursables (dispositif "MonPsy"), médicaments remboursables à 65% par la Sécurité sociale, 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 remboursables à 15% et 30% par la Sécurité sociale, 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...)
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 et sans frais ni pénalités, en nous adressant un courrier ou un mail à l'adresse indiquée ci-dessus. La résiliation sera alors effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Garanties

Taux de remboursement de la Sécurité sociale

+ Prestations mutuelle



COUVERTURE TOTALE

Selon les conditions du contrat et de la notice d'information NICCO et sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2022).

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 ».

| Garanties | Taux de remboursement de la Sécurité sociale | + Prestations mutuelle | = COUVERTURE TOTALE |
|---|--|------------------------|---|
| 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) | 200 % à 220 % (1) (2) | 300 % (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 % | 200 % (2) | 300 % (2) |
| - Médecins non adhérents à un DPTM | 100 % | 100 % (2) | 200 % (2) |
| Accouchement | | | |
| - Médecins adhérents à un DPTM* | 100 % | 200 % (2) | 300 % (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 € (3) | 160 € |
| Hospitalisation en urgence | - | 260 € (3) | 260 € À l'étranger |
| | - | 61 € (3) | 61 € Hors département |
| Chambre particulière - avec nuitée | - | 75 €/jour | 75 €/jour |
| - sans nuitée | - | 30 €/jour | 30 €/jour |
| TRANSPORT | | | |
| | 65 % | 35 % | 100 % |
| SOINS COURANTS | | | |
| Médecins généralistes, imagerie médicale | | | |
| - Médecins adhérents à un DPTM* | 70 % | 130 % (2) | 200 % (2) |
| - Médecins non adhérents à un DPTM | 70 % | 110 % (2) | 180 % (2) |
| Médecins spécialistes | | | |
| - Médecins adhérents à un DPTM* | 70 % | 180 % (2) | 250 % (2) |
| - Médecins non adhérents à un DPTM | 70 % | 130 % (2) | 200 % (2) |
| Analyses et examens de laboratoire | 60 % | 40 % | 100 % |
| Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie | 60 % | 40 % | 100 % |
| Psychologues remboursables «MonPsy» | 60 % | 40 % | 100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif MonPsy |
| Médicaments remboursables | 15 % à 65 % | 35 % à 85 % | 100 % |
| Médicaments prescrits non remboursables | - | 40 € (3) | 40 € |
| Vaccin antigrippal | - | 100 % | 100 % |
| Autres vaccins | - | 40 € (3) | 40 € |
| PROTHÈSE | | | |
| Orthopédie et petit appareillage remboursés | 60 % | 340 % | 400 % |
| 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 % | 40 % | 100 % Remboursement intégral |
| Hors panier 100% santé | | | |
| - Aide auditive de classe II par oreille | 60 % | 340 % | 400 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage |
| DENTAIRE (5) | | | |
| 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 % | 330 % | 400 % |
| - Prothèse dentaire refusée | - | 200 € (3) | 200 € |
| - Parodontologie | - | 200 € (3) | 200 € |
| - Implantologie | - | 900 € (3) | 900 € |
| - Orthodontie acceptée | 100 % | 300 % | 400 % |
| - Orthodontie refusée | - | 10 % PMSS*** (3) | 10 % PMSS*** = 342,80 € en 2022 |
| OPTIQUE | | | |
| Panier 100% santé** | | | |
| - Monture + verres 100 % santé | 60 % | 40 % | 100 % Remboursement intégral |
| Hors panier 100% santé | | | |
| Équipement monture (6) + verres simples (7) (RO et TM inclus) | 60 % | 40 % | 100 % FORFAIT ÉQUIPEMENT 340 €/2 ANS |
| Équipement monture (6) + verres complexes (7) (RO et TM inclus) | 60 % | 40 % | 100 % FORFAIT ÉQUIPEMENT 500 €/2 ANS |
| Équipement monture (6) + verres très complexes (7) (RO et TM inclus) | 60 % | 40 % | 100 % FORFAIT ÉQUIPEMENT 560 €/2 ANS |
| Lentilles acceptées | 60 % | 40 % | 100 % FORFAIT GLOBAL 400 €/AN |
| Lentilles refusées | - | 200 € (3) | 200 € |
| Chirurgie réfractive | - | 370 €/œil | 370 € Par œil |
| BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION | | | |
| Cure thermale : forfait établissement (9) | 65 % | 35 % | 100 % |
| Cure thermale : honoraires de surveillance (9) | 70 % | 30 % | 100 % FORFAIT GLOBAL 110 €/AN |
| Forfait médecine douce (consultations) : homéopathie, ostéopathie, acupuncture (10), chiropractie, réflexologie, étiopathie | - | 150 € (3) | 150 € Limité à 30 €/séance. |
| Ostéodensitométrie non remboursable | - | 35 € (3) | 35 € |
| Contraception | - | 32 € (3) | 32 € |
| Amniocentèse | - | 45 € (3) | 45 € |
| Consultation psychologue | - | 25 € (3) | 25 € |
| Consultations diététique, allergologie | - | 25 € x 2 (3) | 25 € Par spécialité |
| Consultation podologie | - | 50 € (3) | 50 € Forfait annuel par personne, dans la limite de 25 € par acte. |
| 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 (11) | | | |
| | - | 230 € | 230 € |
| GARANTIE OBSÈQUES (12) | | | |
| | - | 200 € | 200 € |
| TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (13) 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) (14) Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr | | | |

FORFAIT OPTIQUE
jusqu'à
560 €/2 ANS
Lunettes

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM.CO.).** Prise en charge à 100 % du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente.*** PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale soit pour 2022 : 3 428 € (PMSS 2023 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) Actes soumis à la réglementation CCAM. (6) Limite monture à 100 €. (7) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur. (8) 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. (9) Sur prescription médicale. (10) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins. (11) Prime versée sous réserve de l'adhésion à la Garantie souscrite sous forme d'un contrat collectif par la mutuelle dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, auprès de Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro Siren 538 518 475. Numéro LEI 969500JLUSZ89G4D57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. Ce contrat est révisable ou résiliable annuellement par avenant conclu entre la mutuelle et Harmonie Mutuelle. Ces modifications seront notifiées à chaque adhésion. (12) Allocation frais d'obsèques souscrite par Pavillon Prévoyance auprès de Mutac. Non-ouverte aux enfants de moins de 12 ans conformément à l'article L.223-5 du Code de la mutualité et aux bénéficiaires de plus de 65 ans. (13) 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. (14) 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 250 médecins experts référencés, 650 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**
- Avis médical d'expert **deuxiemeavis.fr**
Avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieuse.
- 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, à domicile ou sur le lieu de travail

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



Vos démarches à tout instant sur votre Espace adhérent

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

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

