

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 : TERRI



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
- ✓ **Prévention** : consultation podologie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, hospitalisation en urgence
Médicaments remboursables à 15% et 30% par la Sécurité sociale, phytothérapie, autres vaccins, médicaments non remboursables, médecine douce
Parodontologie, implantologie, orthodontie refusée, Lentilles refusées, chirurgie réfractive
Prévention (contraception, sevrage tabagique, allergologie...)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), service d'analyse de devis, E-services (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.



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

- ! **Maternité** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation pendant les 10 premiers mois suivant l'adhésion (dépassements d'honoraires, chambre particulière et indemnité journalière hospitalisation non pris en charge)
- ! **Chambre particulière** : avec nuitée, remboursement de 60 jours en hospitalisation médicale, de 30 jours par an en séjour psychiatrique ou alcoologie, de 30 jours par an dans les services de réadaptation, rééducation et maison de convalescence. Avec et sans nuitée, remboursements après 6 mois d'adhésion (10 mois en cas de maternité)
- ! **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.
- ! **Tous forfaits (hors forfait journalier hospitalier) et dépassements (hors hospitalisation)** : remboursement après 6 mois d'adhésion



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'adhésion.
- 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 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 conditions et limites : conditions générales CGPP et contrats spécifiques - 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 ».

HOSPITALISATION

Frais de séjour et forfait journalier hospitalier	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Soins			
- Médecins adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1) (2)	20 % à 120 % (1) (2)	100 % à 200 % (1) (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	80 % ou 100 % (1) (2)	20 % à 100 % (1) (2)	100 % à 180 % (1) (2)
Traitement du cancer			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	20 % ou 100 % (1) (2)	120 % ou 200 % (1) (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	80 % (1) (2)	100 % ou 180 % (1) (2)
Accouchement			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	100 % (2)	200 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	80 % (2)	180 % (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 € À l'étranger
Chambre particulière - avec nuitée	-	61 €	61 € Hors département
- sans nuitée	-	49 € à 57 €/jour	49 € à 57 €/jour
- sans nuitée	-	30 €/jour	30 €/jour

TRANSPORT

SOINS COURANTS

Médecins généralistes, spécialistes, imagerie médicale			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 % (2)	80 % (2)	150 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	70 % (2)	60 % (2)	130 % (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 %
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	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
- Aide auditive de classe II	60 %	240 %	300 % 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 %	230 %	300 %
- Parodontologie	-	150 € (3)	150 €
- Implantologie	-	700 € (3)	700 €
- Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %
- Orthodontie refusée	-	10 % PMSS (3)	10 % PMSS = 342,8 € en 2022

OPTIQUE

Panier 100% santé**			
- Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
- Monture et verres (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 %
- Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 %
- Lentilles refusées	-	160 € (3)	160 €
- Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 €/œil

+ FORFAIT/2 ANS (4) FORFAIT OPTIQUE
Monture : 100 € Jusqu'à
Verres simples (7) : 2 x 110 € **420 €/2 ANS**
Verres complexes (7) : 2 x 160 € Lunettes

+ FORFAIT 320 €/AN

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Cure thermale : forfait établissement (8)	65 %	35 %	100 %
Cure thermale : honoraires de surveillance (8)	70 %	30 %	100 %
Forfait médecine douce (consultations) :			
Homéopathie, ostéopathie, acupuncture (9), chiropractie, réflexologie, étio-pathie	-	120 € (3)	120 € Limité à 30 €/séance.
Ostéodensitométrie non remboursable	-	35 € (3)	35 €
Contraception	-	32 € (3)	32 €
Amniocentèse	-	45 € (3)	45 €
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	-	90 € (3)	90 €
Auto-tensiomètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/famille.

FORFAIT 110 €/AN

TÉLÉCONSULTATION (gratuit) (10)

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) (11)

Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

*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.
Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. Garantie labellisée par Optimind. PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale soit pour 2022 : 3 428 € (PMSS 2023 non connu à ce jour, nous consulter pour montant actualisé).
(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) 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.
(7) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans le règlement mutualiste en vigueur. (8) Sur prescription médicale. (9) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (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. (11) 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 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.