

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 : SANTEA HOSPI



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.



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** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, maison de repos et de convalescence, transport, soins complémentaires pré-opératoires et post-opératoires
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses capillaires, mammaires et oculaires

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière

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 e-santé Maïia), 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

- ! **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).
- ! **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

À 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 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.
- 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

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 « non responsable ».

Selon les conditions du contrat et des conditions générales CGPP, sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2023).

HOSPITALISATION

Frais de séjour et forfait journalier hospitalier	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	0 % ou 20 %	100 %
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	0 % ou 20 % ⁽¹⁾	100 %
Chambre particulière (en option) - avec nuitée	-	49 € à 60 € ⁽¹⁾	49 € à 60 € Maxi./jour
- sans nuitée	-	40 €	40 €/jour

TRANSPORT

	80 % ou 100 %	20 %	100 %
--	---------------	------	-------

SOINS HOSPITALIERS

Honoraires	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	120 % ou 100 % ⁽¹⁾	200 %
Consultation pré-opératoire et post-opératoire	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	120 % ou 100 % ⁽¹⁾	200 %
Assistance opératoire	80 %	120 %	200 %
Accouchement	100 %	100 %	200 %
Traitement du cancer	100 %	100 %	200 %
Imagerie médicale	80 %	120 %	200 %
Analyses et examens de laboratoire	80 %	120 %	200 %
Pharmacie	80 %	120 %	200 %

SOINS COMPLÉMENTAIRES PRÉ-OPÉRATOIRES

Séances d'orthoptie	80 %	20 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	80 %	20 %	100 %
Imagerie médicale	80 %	20 %	100 %
Consultation chirurgien et anesthésiste	80 %	20 %	100 %

SOINS COMPLÉMENTAIRES POST-OPÉRATOIRES

Imagerie médicale	80 %	20 %	100 %
Consultation chirurgien	80 %	20 %	100 %
Soins infirmiers et soins de kinésithérapie	80 %	20 %	100 %

PROTHÈSE

Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	-	100 %
--------------------------------	-------	---	-------

ASSISTANCE SANTÉ (gratuit) 24H/24 - 7j/7 Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile

PLATEFORME E-SANTÉ ⁽²⁾ Ce service vous est proposé en partenariat avec Maia à partir du 1^{er} avril 2024, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (gratuit) ⁽³⁾ Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

(1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (3) Le service d'avis médical deuxiemeavis.fr permet avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieux, l'avis écrit d'un médecin spécialiste de votre pathologie en moins de 7 jours (alors qu'il faut souvent plusieurs mois pour un rendez-vous avec ces spécialistes). Plus de 300 spécialistes référencés et plus de 700 pathologies couvertes (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.