

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, centre de rééducation moyen séjour, transport, traitement du cancer, accouchement, pharmacie extra-usuelle, hospitalisation en urgence, chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, consultations psychologues remboursables (dispositif "Mon soutien psy"), médicaments remboursables, vaccin antigrippal, autres vaccins, télésurveillance médicale remboursable
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles acceptées et refusées, chirurgie réfractive)
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, prothèses dentaires acceptées, parodontologie, implantologie, orthodontie acceptée et refusée)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives : 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, médecine douce, ostéodensitométrie non remboursable, contraception, amniocentèse, consultations diététique, allergologie, consultation podologie, sevrage tabagique, auto-tensiomètre

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), deuxième avis médical (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 2 € 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 et 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 ?

Le contrat est résiliable par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez le représentant de la mutuelle, par acte extrajudiciaire, par courriel à l'adresse resiliation@pavillon-prevoyance.fr, ou via l'Espace adhérent :

- au moins deux mois avant le 31 décembre ;
- à compter du 12^{ème} mois d'adhésion, à tout moment et sans frais ni pénalités ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- sous réserve de la transmission des justificatifs requis, et dans les conditions visées dans la documentation contractuelle :
 - o en cas de fermeture des droits à l'assurance maladie obligatoire ;
 - o lors de la mise en place par votre employeur d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
 - o en cas de souscription d'un contrat « Complémentaire santé solidaire » ;
 - o en cas de décès d'un adhérent ou d'un ayant droit.

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 2024).

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale ou en forfait en euros. Toutes les prestations sont accordées dans la limite des frais réellement engagés. Contrat « responsable et solidaire ».

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	+ Prestations mutuelle	= COUVERTURE TOTALE
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 60 % (1) (2)	100 % à 140 % (1) (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	80 % ou 100 % (1) (2)	20 % à 40 % (1) (2)	100 % à 120 % (1) (2)
Traitement du cancer			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	20 % ou 40 % (1) (2)	120 % ou 140 % (1) (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	20 % (1) (2)	100 % ou 120 % (1) (2)
Accouchement			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	40 % (2)	140 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	20 % (2)	120 % (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
	-	61 €	61 € Hors département
Chambre particulière - avec nuitée	-	50 € à 65 €/jour	50 € à 65 €/jour
Chambre particulière - sans nuitée	-	40 €/jour	40 €/jour
TRANSPORT			
	55 %	45 %	100 %
SOINS COURANTS			
Médecins généralistes, spécialistes, imagerie médicale			
- Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	30 % (2)	100 % (2)
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
Psychologues remboursables «Mon soutien psy»	60 %	40 %	100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif Mon soutien psy
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
Autres vaccins	-	40 € (3)	40 €
Télésurveillance remboursable	60 %	40 %	100 %
PROTHÈSE			
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	90 %	150 %
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 %	90 %	150 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
DENTAIRE (5)			
Panier 100% santé**			
- Soins et prothèses 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
- Soins	60 %	40 %	100 %
- Prothèse dentaire acceptée	60 %	90 %	150 %
- Parodontologie	-	75 € (3)	75 €
- Implantologie	-	300 € (3)	300 €
- Orthodontie acceptée	100 %	50 %	150 %
- Orthodontie refusée	-	10 % PMSS (3)	10 % PMSS
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	-	90 € (3)	90 €
- Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 €/œil
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, étiopathie	-	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.
Sévrage tabagique	-	90 € (3)	90 €
Auto-tensiomètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/famille.

+ FORFAIT/2 ANS (4)
Monture : 60 €
Verres simples (7) : 2 x 60 €
Verres complexes (7) : 2 x 85 €

FORFAIT OPTIQUE
Jusqu'à
230 €/2 ANS
Lunettes

+ FORFAIT 180 €/AN

FORFAIT 110 €/AN

PLATEFORME E-SANTÉ (10)

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

DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (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 - Se reporter au PMSS en vigueur à la date des soins. (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) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (11) 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 350 spécialistes référencés et plus de 750 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 ni en charge le montant des participations forfaitaires dues pour chaque consultation ou acte médical réalisé par un médecin ou tout acte biologique, ni les franchises médicales appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire. Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou réguster ses prestations si le taux de remboursement de la Sécurité sociale est modifié.

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, audiologie : *avantages permanents et exclusifs chez les partenaires du réseau, analyse de devis...*
- **Plateforme e-santé Maïia**
Retrouvez en un seul et même endroit les services essentiels pour vous accompagner tout au long du parcours de santé
- **Deuxième avis médical avis.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
- **Rendez-vous Conseil** En agence, à domicile ou sur le lieu de travail

Des assurances complémentaires pour tout prévoir

- **Assurance multirisques habitation**
- **Assurance emprunteur**
- **Assurance voyage**
- **Épargne et retraite**
- **Prévoyance :**
indemnités journalières, dépendance, décès, obsèques

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 Judaïque • 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

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



LE TRI
+ FACILE



COURRIER



Edition 2025

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