

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 : HOSPI



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.



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 hospitaliers et complémentaires** : honoraires, consultation pré-opératoire et post-opératoire, imagerie et biologie médicale, assistance opératoire, pharmacie, prothèses, appareillages divers, massages
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses capillaires, mammaires et oculaires

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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, Priorité Santé Mutualiste

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

- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation pour alcoolologie ou psychiatrie** : limitation des frais de séjour et forfait hospitalier à 90 jours par an
- ! **Hospitalisation en maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour** : limitation des frais de séjour et forfait hospitalier à 30 jours par an maximum à la suite d'une intervention chirurgicale et 30 jours par an si non consécutif à une intervention chirurgicale



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 rétractation 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 ?

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale +	Prestations mutuelle =	COUVERTURE TOTALE
Selon conditions et limites : règlement mutualiste et contrats spécifiques - Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2018) 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.			
HOSPITALISATION			
Frais de séjour et forfait journalier hospitalier	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Soins			
Biologie médicale			
Imagerie médicale			
Pharmacie	80 %	20 %	100 %
Appareillages divers			
Massages			
Prothèse			
Honoraires praticiens	80 % ou 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾	50 % ou 70 % ⁽¹⁾⁽²⁾	jusqu'à 150 % ^{(1) (2)}
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Chambre particulière (en option) - avec nuitée	-	49 € à 57 €/jour ⁽¹⁾	49 € à 57 €/jour ⁽¹⁾
- sans nuitée	-	30 €/jour	30 €/jour
Indemnités Journalières Hospitalisation ⁽³⁾ (en option)	-	17 €/jour	17 €/jour
TRANSPORT	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
PROTHÈSE			
Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	200 %	300 % <small>Dans la limite d'un plafond annuel de 300 € par type de prothèse</small>
PRÉVOYANCE			
Capital décès accidentel ⁽³⁾ (en option) : De 30 000 € à 150 000 €			

Comparez !

Multirisques habitation, scolaire, prévoyance, retraite, assurance prêt immobilier...

Nos conseillers à votre écoute

Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - Biologie médicale : examens réalisés par un laboratoire d'analyses médicales.

(1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Pas de prise en charge, hors parcours de soins coordonnés et en cas d'absence de médecin traitant, de la diminution de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires. (3) Option réservée aux moins de 70 ans.

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.