

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 et biologie médicale, auxiliaires médicaux, médicaments à 65%, vaccin antigrippal
- ✓ **Frais optiques** : monture et verres, lentilles acceptées
- ✓ **Frais dentaires** : soins, prothèses et orthodontie acceptées
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses capillaires, mammaires et oculaires, orthèses
- ✓ **Prévention** : consultation podologie en diabétologie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, hospitalisation en urgence
Médicaments à 15%, 30% et 60%, phytothérapie, autres vaccins, médicaments non remboursables
Médecine douce
Parodontologie, implantologie, orthodontie refusée, prothèse dentaire transitoire
Lentilles refusées, chirurgie réfractive
Cure thermique
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, 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 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 un mineur 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 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 « responsable et solidaire ».

	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 € A l'étranger
Chambre particulière - avec nuitée	-	61 €	61 € Hors département
Chambre particulière - sans nuitée	-	49 € à 57 €/jour	49 € à 57 €/jour
Chambre particulière - sans nuitée	-	30 €/jour	30 €/jour
TRANSPORT	65 %	35 %	100 %
SOINS MÉDICAUX			
Médecins généralistes, spécialistes, imagerie médicale			
- Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	30 % (2)	100 % (2)
Biologie médicale	60 %	40 %	100 %
Auxiliaires médicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
PHARMACIE			
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
Autres vaccins	-	40 € (3)	40 €
PROTHÈSE			
Auditive, orthopédique	60 %	90 %	150 %
Capillaire, mammaire, oculaire	100 %	200 %	300 % Dans la limite d'un plafond annuel de 300 € par type de prothèse.
DENTAIRE			
Soins	70 %	30 %	100 %
Prothèse dentaire acceptée	70 %	80 %	150 %
Prothèse dentaire non remboursée ou transitoire	-	75 € (3)	75 €
Parodontologie	-	75 € (3)	75 €
Implantologie	-	300 € (3)	300 €
Orthodontie acceptée	100 %	50 %	150 %
Orthodontie refusée	-	10 % PMSS (3)	10 % PMSS = 331,10 € en 2018
OPTIQUE			
Monture et verres	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 %
Lentilles refusées	-	90 € (3)	90 €
Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 €/œil
CURE THERMALE (6)			
Forfait établissement	65 %	35 %	100 %
Honoraires de surveillance	70 %	30 %	100 %
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION			
Forfait médecine douce :			
Homéopathie, ostéopathie, acupuncture (7), chiropractie, réflexologie, étioopathie	-	120 € (3)	120 € Limité à 30 €/séance.
Ostéodensitométrie non remboursable	-	35 € (3)	35 €
Contraception	-	32 € (3)	32 €
Amniocentèse	-	45 € (3)	45 €
Consultations diététique, podologie, allergologie	-	25 € x 3 (3)	25 € Par spécialité
Consultation podologie en diabétologie	-	25 € (3)	25 €
Sevrage tabagique	-	90 € (3)	90 €
Auto-tensionmètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/famille.
PRESTATION MATERNITÉ			
Sous réserve de l'adhésion de l'enfant	-	230 €	230 €

SPECIAL AGENT TERRITORIAL

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...)

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

Garantie labellisée par Optimind Winter. PMSS = Plafond Mensuel de l'Assurance Maladie Obligatoire soit pour 2018 = 3 311 € (PMSS 2019 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) 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 18 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue, tous les ans.

(5) Verres simples avec sphère entre -6 et 6 ou cylindre inférieur ou égal à 4 dioptries. Verres complexes : autres types de verres que ceux définis précédemment. (6) Sur prescription médicale. (7) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste.

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.