

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 RCS Bordeaux

Produit : TONIC



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, médicaments à 65%, 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 en diabétologie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

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 MesDocteurs)

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 en nous adressant un courrier ou un mail à l'adresse indiquée ci-dessus.

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	+ Prestations mutuelle =	COUVERTURE TOTALE
Selon conditions et limites : conditions générales et contrats spécifiques - Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2020) 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			
Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %
Frais de séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Soins - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	20 % (1)(2)	100 %
Honoraires praticiens - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM	80 % ou 100 % (1)(2) 80 % ou 100 % (1)(2)	20 % à 60 % (1)(2) 20 % à 40 % (1)(2)	jusqu'à 140 % (1)(2) jusqu'à 120 % (1)(2)
Frais d'accompagnement	-	27,50 €/jour	27,50 €/jour (10 jours maxi)
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	65 %	35 %	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 %
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
PROTHÈSE			
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	60 %	120 %
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 par oreille	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé - Aide auditive de classe II par oreille	60 %	140 %	200 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
DENTAIRE			
Panier 100% santé** - Soins et prothèses 100% santé	70 %	30 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé - Soins	70 %	30 %	100 %
- Inlay-onlay	70 %	80 %	150 %
- Prothèse dentaire acceptée - Dents visibles	70 %	130 %	200 %
- Prothèse dentaire acceptée - Dents invisibles	70 %	80 %	150 %
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 % + FORFAIT /2 ANS (5) Monture : 50 € - Verres simples (6) : 2 x 50 € Verres complexes (6) : 2 x 100 € Verres très complexes (6) : 2 x 150 €
- Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 % + FORFAIT 100 €/AN
- Lentilles refusées	-	50 € (7)	50 €
- Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 €/œil
- Basse vision	-	80 %	80 % Prestation de 80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/pers.
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION			
Cure thermale : forfait établissement (8)	65 %	35 %	100 % + FORFAIT 50 €/AN
Cure thermale : honoraires de surveillance (8)	70 %	30 %	100 %
Forfait médecine douce : Homéopathie, ostéopathie, acupuncture (9), chiropractie, réflexologie, étiopathie, ergothérapie	-	30 € (7)	30 € Limité à 30 €/séance
Ostéodensitométrie non remboursable	-	30 € (7)	30 €
Consultation podologie	-	25 € (7)	25 €
Consultation podologie en diabétologie	-	25 € (7)	25 €
Sevrage tabagique	-	50 € (7)	50 €
Auto-tensiomètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/pers.
Diabète, nutrition	-	-	
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		

Forfait Optique
Lunettes
Jusqu'à 350 €/2 ans

Comparez !

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

Nos conseillers à votre écoute

*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. (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 minorés pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM. (3) Age maxi 70 ans. (4) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (5) A 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. (6) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans le règlement mutualiste en vigueur. (7) Forfait annuel. (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. 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.

Tout est prévu pour une vie plus facile

- **La gratuité enfant** à partir du 3^e
- **Réduction de 20 %** pour les étudiants boursiers ⁽¹⁾
- **Le tiers payant** partout en France ⁽²⁾
- **La prise en charge immédiate** de vos dépenses

Les services inclus pour vous adoucir la vie

- **Réseau de soins** 
Optique, dentaire, audition : *avantages permanents et exclusifs chez les partenaires du réseau, analyse de devis...*
- **Service de téléconsultation MesDocteurs**
- **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

Des assurances complémentaires pour tout prévoir

- **Assurance scolaire et étudiant**
- **Assurance multirisques habitation**
- **Assurance prêt immobilier**
- **Assurance voyage**
- **Épargne et retraite**
- **Prévoyance :**
indemnités journalières, dépendance, décès, obsèques

Les partenaires pour d'avantages



famileo

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 Judaique • 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

LESPARRE-MÉDOC
22 place Gambetta • 05 56 59 43 64
prevoyancelesparre@pavillon-prevoyance.fr

LIBOURNE
63 rue Gambetta • 05 57 51 77 58
prevoyancelibourne@pavillon-prevoyance.fr

MÉRIGNAC
489 avenue de Verdun • 05 56 97 82 24
prevoyancemerignac@pavillon-prevoyance.fr

TALENCE
44 cours Gallieni • 05 56 24 10 10
prevoyancegallieni@pavillon-prevoyance.fr

CHARENTE

ANGOULÊME
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

