

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



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, hospitalisation à domicile, maison de repos et de convalescence, frais d'accompagnement, chambre particulière, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, actes techniques médicaux, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, consultations psychologues remboursables (dispositif "MonPsy"), médicaments remboursables, vaccin antigrippal, téléconsultation médicale
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles acceptées), chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, inlay, onlay, inlay-core, parodontologie et implantologie refusées, prothèse acceptée, orthodontie)
- ✓ **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, orthopédie et petit appareillage remboursés
- ✓ **Prévention** : cure thermale (honoraires et frais d'établissement), psychologue, psychomotricien, médecine douce (ostéopathie)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Autres vaccins, pharmacie non remboursable
Prévention, médecine douce

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 Maiaa), 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
<small>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 ». 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).</small>			
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %
Séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 %	100 %
Hospitalisation à domicile	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 %	100 %
Soins hospitaliers - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 80 % ou 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾	20 % à 120 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 20 % à 100 % ⁽¹⁾⁽²⁾	jusqu'à 200 % ⁽¹⁾⁽²⁾ jusqu'à 180 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Traitement du cancer - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	100 % ⁽²⁾ 100 % ⁽²⁾	100 % ⁽²⁾ 80 % ⁽²⁾	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Accouchement - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	100 % ⁽²⁾ 100 % ⁽²⁾	100 % ⁽²⁾ 80 % ⁽²⁾	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Frais d'accompagnement	-	27,50 €/jour	27,50 €/jour (10 jours maxi.)
Chambre particulière - avec nuitée - sans nuitée	- -	60 € 40 €	60 € Maxi./jour 40 € Maxi./jour
TRANSPORT	55 %	45 %	100 %
SOINS COURANTS			
Médecins généralistes, spécialistes - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	70 % ⁽²⁾ 70 % ⁽²⁾	100 % ⁽²⁾ 60 % ⁽²⁾	170 % ⁽²⁾ 130 % ⁽²⁾
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	70 % ⁽²⁾ 70 % ⁽²⁾	130 % ⁽²⁾ 110 % ⁽²⁾	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Imagerie médicale - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	70 % ⁽²⁾ 70 % ⁽²⁾	130 % ⁽²⁾ 110 % ⁽²⁾	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Analyses et examens de laboratoire	60 %	90 %	150 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	90 %	150 %
Psychologues remboursables «MonPsy»	60 %	40 %	100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif MonPsy
Médicaments remboursables	15 % à 65 %	35 % à 85 %	100 %
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
Télésurveillance remboursable	60 %	40 %	100 %
PROTHÈSE			
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	140 %	200 %
Capillaire/mammaire et oculaire	100 %	100 %	200 % Dans la limite d'un plafond annuel de 300 € par type de prothèse
AIDE AUDITIVE ⁽³⁾			
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 %	240 %	300 %

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Prestations mutuelle	COUVERTURE TOTALE
DENTAIRE ⁽⁴⁾			
Panier 100% santé** - Soins et prothèses 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé - Soins dentaires, d'implantologie et de parodontologie	60 %	40 %	100 %
- Inlay, onlay	60 %	90 %	150 %
- Inlay-core	60 %	240 %	300 %
- Prothèse dentaire et implantologie acceptée	60 %	240 %	300 %
- Parodontologie refusée	-	150 €	150 € Par traitement
- Implantologie refusée	-	300 €	300 € Par implant
- Orthodontie acceptée	100 %	150 %	250 %
- Orthodontie refusée	-	200 €	200 € Par semestre
OPTIQUE			
Panier 100% santé** - Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé • Dans notre réseau Itelis - Sélection Opti 4 • Hors réseau Itelis : - Enfant jusqu'à 16 ans inclus - Montures et verres	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
- Adulte - Montures et verres	60 %	40 %	100 % + FORFAIT/AN ⁽⁵⁾ (RO et TM inclus) Monture : 50 € - Verres simples ⁽⁶⁾ : 2 x 60 € - Verres complexes et très complexes ⁽⁶⁾ : 2 x 115 €
- Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 % + FORFAIT/2 ANS ⁽⁵⁾ (RO et TM inclus) Monture : 90 € - Verres simples ⁽⁶⁾ : 2 x 80 € - Verres complexes ⁽⁶⁾ : 2 x 150 € - Verres très complexes ⁽⁶⁾ : 2 x 200 €
- Lentilles refusées	-	150 € ⁽⁷⁾	150 €
- Chirurgie réfractive (forfait/œil)	-	150 €/œil	150 €/œil
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION			
Cure thermale acceptée : forfait établissement ⁽⁸⁾	65 %	35 %	100 %
Cure thermale acceptée : honoraires de surveillance ⁽⁸⁾	70 %	30 %	100 % + FORFAIT 80 €/AN/pers.
Forfait médecine douce (consultations) : ostéopathie	-	90 € ⁽⁹⁾	90 €
Psychomotricien, psychologue	-	60 € ⁽⁹⁾	60 €
Consultations podologie / diététique / allergologie	-	25 €/spécialité ⁽⁷⁾	25 € x 3
Renfort Prévea (en option)	-	Jusqu'à 360 €/an	-
Renfort Prévea Plus (en option)	-	Jusqu'à 730 €/an	-
ASSISTANCE SANTÉ (gratuit) 24H/24 - 7j/7	Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile		
PLATEFORME E-SANTÉ ⁽¹⁰⁾ 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) ⁽¹¹⁾ Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr , accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr			

Plafond annuel
(en année glissante,
hors soins et orthodontie acceptés)
1 500 €/an la 1^{re} année,
2 000 €/an les années suivantes

Forfait Optique Lunettes
Jusqu'à 280 €/an

Forfait Optique Lunettes
Jusqu'à 490 €/2 ans

* DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. ** Prise en charge à 100 % du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente. (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) Dans la limite des dépenses réelles par appareillage. Limité à un appareil tous les quatre ans. (4) Actes soumis à la réglementation CCAM. (5) 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. (6) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans les conditions générales en vigueur. (7) Forfait annuel. (8) Sur prescription médicale. (9) Forfait annuel dans la limite de 30 € par acte. (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 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.