

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 : INOVA



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. 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
- ✓ **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 à 65% par la Sécurité sociale, vaccin antigrippal, télésurveillance médicale remboursable
- ✓ **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** : 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** : consultation podologie, ostéodensitométrie non remboursable, contraception, sevrage tabagique

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, traitement du cancer, accouchement, pharmacie extra-usuelle, hospitalisation en urgence, Médicaments remboursables à 15% et 30% par la Sécurité sociale, autres vaccins, pharmacie non remboursables Médecine douce, parodontologie, implantologie, orthodontie refusée, prothèses dentaires refusées, lentilles refusées, chirurgie réfractive, Prévention (consultations diététique, allergologie, cure thermale, amniocentèse, auto-tensiomètre, médecine douce), Forfait naissance – adoption (assuré par Harmonie Mutuelle)

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 Maiia), 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

- ! **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
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à 1 appareil par oreille tous les 4 ans
- ! **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).



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'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 ?

Le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations des salariés et/ou ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

- 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'affiliation
- 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).
- L'affiliation cesse à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à la date d'échéance principale du contrat, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à la mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance ;
- à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'issue d'un délai d'un an à compter de la date de la première souscription, dans les conditions énoncées dans le contrat. La résiliation sera alors effective un mois après que la mutuelle en aura reçu notification.



Selon les conditions du contrat et de la notice d'information NICCO et 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 ».

	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Prestations mutuelle	COUVERTURE TOTALE
HOSPITALISATION			
Forfait journalier hospitalier	-	100 %	100 %
Frais de séjour chirurgical et médical	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Soins			
- Médecins adhérents à un DPTM*	80 % ou 100 % (1) (2)	200 % à 220 % (1) (2)	300 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	80 % ou 100 % (1) (2)	100 % à 120 % (1) (2)	200 % (1) (2)
Traitement du cancer			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	200 % (2)	300 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	100 % (2)	200 % (2)
Accouchement			
- Médecins adhérents à un DPTM*	100 %	200 % (2)	300 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	100 %	100 % (2)	200 % (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 € (3)	160 €
Hospitalisation en urgence	-	260 € (3)	260 € À l'étranger
Chambre particulière - avec nuitée	-	61 € (3)	61 € Hors département
- sans nuitée	-	75 €/jour	75 €/jour
- sans nuitée	-	30 €/jour	30 €/jour
TRANSPORT			
	55 %	45 %	100 %
SOINS COURANTS			
Médecins généralistes, imagerie médicale			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	130 % (2)	200 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	70 %	110 % (2)	180 % (2)
Médecins spécialistes			
- Médecins adhérents à un DPTM*	70 %	180 % (2)	250 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	70 %	130 % (2)	200 % (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 %
Médicaments prescrits non remboursables	-	40 € (3)	40 €
Vaccin antigrippal	-	100 %	100 %
Autres vaccins	-	40 € (3)	40 €
Télésurveillance remboursable	60 %	40 %	100 %
PROTHÈSE			
Orthopédie et petit appareillage remboursés	60 %	340 %	400 %
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 %	340 %	400 % 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 % Plafond dentaire 2 000 €/an/pers.
- Prothèse dentaire acceptée	60 %	340 %	400 %
- Prothèse dentaire refusée	-	200 € (3)	200 €
- Parodontologie	-	200 € (3)	200 €
- Implantologie	-	900 € (3)	900 €
- Orthodontie acceptée	100 %	300 %	400 %
- Orthodontie refusée	-	10 % PMSS*** (3)	10 % PMSS***
OPTIQUE			
Panier 100% santé**			
- Monture + verres 100 % santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé			
Équipement monture (6) + verres simples (7) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 340 €/2 ANS
Équipement monture (6) + verres complexes (7) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 500 €/2 ANS
Équipement monture (6) + verres très complexes (7) (RO et TM inclus)	60 %	40 %	100 % + FORFAIT ÉQUIPEMENT 560 €/2 ANS
Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 400 €/AN
Lentilles refusées	-	200 € (3)	200 €
Chirurgie réfractive	-	370 €/œil	370 € Par œil
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION			
Cure thermale : forfait établissement (9)	65 %	35 %	100 %
Cure thermale : honoraires de surveillance (9)	70 %	30 %	100 % + FORFAIT GLOBAL 110 €/AN
Forfait médecine douce (consultations) : homéopathie, ostéopathie, acupuncture (10), chiropractie, réflexologie, étioopathie	-	150 € (3)	150 € Limité à 30 €/séance.
Ostéodensitométrie non remboursable	-	35 € (3)	35 €
Contraception	-	32 € (3)	32 €
Amniocentèse	-	45 € (3)	45 €
Consultation psychologue	-	25 € (3)	25 €
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.
Sevrage tabagique	-	50 € (3)	50 €
Auto-tensiomètre	-	80 %	80 % Prestation de 80 % sur dépenses réelles dans la limite de 30 €/an/famille.
NAISSANCE ET ADOPTION (11)			
	-	230 €	230 €
GARANTIE OBSÈQUES (12)			
	-	200 €	200 €
PLATEFORME E-SANTÉ (13)			
Ce service vous est proposé en partenariat avec Maia, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr			
DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (gratuit) (14)			
Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr			

FORFAIT OPTIQUE jusqu'à 560 €/2 ANS Lunettes

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTIAM, OPTIAM-CO...). ** Prise en charge à 100 % du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente. *** PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale - Se reporter au PMSS en vigueur à la date des soins. Imagerie médicale - radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. Conformément au panier de soins ANI pour les contrats obligatoires. (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 minioré 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) Limite monture à 100 €. (7) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur. (8) 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. (9) Sur prescription médicale. (10) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (11) Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant. Vous bénéficiez de cette garantie via le contrat collectif souscrit par Pavillon Prévoyance auprès d'Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro Siren 538 518 473, Numéro LEI 949354USZHC64TDS7, siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris. Les informations relatives à cette garantie sont détaillées dans la notice d'information qui vous a été remise. (12) Allocation frais d'obsèques souscrite par Pavillon Prévoyance auprès de Mutac. Non-ouverte aux enfants de moins de 12 ans conformément à l'article L223-5 du Code de la mutualité et aux adhérents de plus de 65 ans. (13) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (14) 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 réajuster 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, audition : *avantages permanents et exclusifs chez les partenaires du réseau, analyse de devis...*
- Plateforme e-santé **Maiia**
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  **vyv**
Laboratoire, hôpital... Tous les services sur www.mutualite.fr
- Assistance Santé
- Service Conseillère Sociale Des solutions dans les moments difficiles
- Service Conseiller expert Déplacement en entreprise
- Rendez-vous Conseil En agence, à domicile ou sur le lieu de travail

Des assurances complémentaires pour tout prévoir

- **Prévoyance**
1,5 % Cadre - Maintien des revenus - Indemnités fin de carrière
Dépendance
- **Épargne**
Épargne salariale - Retraite

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 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

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

