

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 : VITANOVA



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 convalescence, centre de rééducation, frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans), chambre particulière, traitement du cancer, accouchement, 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 "Mon soutien psy"), médicaments remboursables à 65 % par la Sécurité sociale, 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 dentaires, d'implantologie et de parodontologie, inlay/onlay, inlay/core, prothèses dentaires et implantologie acceptées, orthodontie acceptée)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : panier aides auditives : 100% santé (aide auditive de classe I par oreille), hors panier 100% santé (aide auditive de classe II par oreille), orthopédie, petit et grand appareillage remboursés

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Parodontologie refusée, implantologie refusée, orthodontie refusée, lentilles refusées, chirurgie réfractive, cure thermique, forfait médecine douce (consultations d'ostéopathie), psychomotricien, psychologue, consultations podologie/diététique/allergologie

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 Maia), 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

- ! **Modalités d'adhésion** : L'adhésion est limitée aux membres participants âgés de 55 ans et plus.
- ! **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.
- ! **Forfait médecine douce** : prise en charge plafonnée à 90 € par an, dans la limite de 30 € par acte.



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 ?

Le contrat est résiliable par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez le représentant de la mutuelle, par acte extrajudiciaire, par courriel à l'adresse resiliation@pavillon-prevoyance.fr, ou via l'Espace adhérent :

- au moins deux mois avant le 31 décembre ;
- à compter du 12^{ème} mois d'adhésion, à tout moment et sans frais ni pénalités ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- sous réserve de la transmission des justificatifs requis, et dans les conditions visées dans la documentation contractuelle :
 - o en cas de fermeture des droits à l'assurance maladie obligatoire ;
 - o lors de la mise en place par votre employeur d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
 - o en cas de souscription d'un contrat « Complémentaire santé solidaire » ;
 - o en cas de décès d'un adhérent ou d'un ayant droit.

Garanties	Taux de remboursement de la Sécurité sociale 	Prestations mutuelle 	COUVERTURE TOTALE
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 ».			
Selon les conditions du contrat et les conditions générales CGPP, sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2024).			
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)	50 % à 70 % (1)(2) 30 % à 50 % (1)(2)	jusqu'à 150 % (1)(2) jusqu'à 130 % (1)(2)
Traitement du cancer - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	100 % (2) 100 % (2)	50 % (2) 30 % (2)	150 % (2) 130 % (2)
Accouchement - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	100 % (2) 100 % (2)	50 % (2) 30 % (2)	150 % (2) 130 % (2)
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Frais d'accompagnement (enfant - de 16 ans)	-	27,50 €/jour	27,50 €/jour (10 jours maxi. par hospitalisation)
Chambre particulière avec nuitée	-	65 €	65 € Maxi./jour
Chambre particulière sans nuitée	-	40 €	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)	55 % (2) 35 % (2)	125 % (2) 105 % (2)
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	70 % (2) 70 % (2)	80 % (2) 60 % (2)	150 % (2) 130 % (2)
Imagerie médicale - Médecins adhérents à un DPTM* - Médecins non adhérents à un DPTM*	70 % (2) 70 % (2)	80 % (2) 60 % (2)	150 % (2) 130 % (2)
Analyses et examens de laboratoire	60 %	65 %	125 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	65 %	125 %
Psychologues remboursables «Mon soutien psy»	60 %	40 %	100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif Mon soutien psy
Médicaments à 15 %	15 %	-	15 %
Médicaments à 30 %	30 %	-	30 %
Médicaments à 65 %	65 %	35 %	100 %
Télesurveillance remboursable	60 %	40 %	100 %
PROTHÈSE			
Orthopédie remboursée	60 %	60 %	120 %
Petit appareillage remboursé	60 %	60 %	120 %
Grand appareillage remboursé	100 %	20 %	120 %
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 %	40 %	100 %
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 %	40 %	100 %
- Inlay-core	60 %	90 %	150 %
- Prothèse dentaire et implantologie acceptées	60 %	90 %	150 %
- Orthodontie acceptée	100 %	50 %	150 %
OPTIQUE			
Panier 100% santé** - Monture + verres 100% santé	60 %	40 %	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé Enfant (jusqu'à 16 ans) - Montures et verres	60 %	40 %	100 %
Adulte - Montures et verres	60 %	40 %	100 %
- Lentilles acceptées	60 %	40 %	100 %

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

ASSISTANCE SANTÉ (gratuit) 24H/24 - 7j/7 Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile

PLATEFORME E-SANTÉ (6) Ce service vous est proposé en partenariat avec Maia, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (gratuit) (6) Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr

* 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) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (6) 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.