

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 – Contrat non responsable



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.



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, 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

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Soins courants : médicaments remboursables à 30 % et à 65 % par la Sécurité sociale

Optique : Hors panier 100 % Santé (verres)

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)

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

- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Modalités d'adhésion** : L'adhésion est limitée aux membres participants âgés de 55 ans et plus.
- ! **Hospitalisation** : Application d'un délai d'attente de 3 mois. Absence de prise en charge de la chambre particulière durant ce délai.
- ! **Chambre particulière avec nuitée** : application d'un délai de franchise de 3 jours par an.
- ! **Dentaire** : Lorsqu'une prise en charge du panier 100 % santé dentaire est prévue, celle-ci n'est pas intégrale : seul un pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est remboursé (cf. tableau des garanties)



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 non responsable.

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 ou non à un DPTM*	80 % ou 100 % (1)(2)	150 % à 170 % (1)(2)	jusqu'à 250 % (1)(2)
Traitement du cancer - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	100 % (2)	150 % (2)	250 % (2)
Accouchement - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	100 % (2)	150 % (2)	250 % (2)
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % (1)	20 % (1)	100 %
Chambre particulière avec nuitée	-	80 €	80 € Maxi./jour (franchise de 5 jours par an)
Chambre particulière sans nuitée	-	40 €	40 € Maxi./jour

TRANSPORT

	55 %	45 %	100 %
--	------	------	-------

SOINS COURANTS

Médecins généralistes - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	80 % (2)	150 % (2)
Médecins spécialistes - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	180 % (2)	250 % (2)
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	130 % (2)	200 % (2)
Imagerie médicale - Médecins adhérents ou non à un DPTM*	70 % (2)	80 % (2)	150 % (2)
Analyses et examens de laboratoire	60 %	40 %	100 %
Honoraires paramédicaux : Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
Médicaments à 15 %	15 %	-	15 %
Médicaments à 30 %	30 %	70 %	100 %
Médicaments à 65 %	65 %	35 %	100 %

DENTAIRE (3)

Panier 100% santé** - Soins et prothèses 100% santé	60 %	140 %	200 %
Hors panier 100% santé - Soins dentaires, d'implantologie et de parodontologie	60 %	40 %	100 %
- Inlay, onlay	60 %	140 %	200 %
- Inlay-core	60 %	140 %	200 %
- Prothèse dentaire et implantologie acceptée	60 %	140 %	200 %
- Orthodontie acceptée	100 %	-	100 %

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

OPTIQUE

Panier 100% santé** - Monture + verres 100% santé	60 %	-	60 %
Hors panier 100% santé Enfant (jusqu'à 16 ans) - Verres	60 %	40 %	100 % + FORFAIT/AN (4) (RO et TM inclus) Verres simples, complexes et très complexes (5) : 2 x 35 €
Adulte - Verres	60 %	40 %	100 % + FORFAIT/2 ANS (4) (RO et TM inclus) Verres simples (5) : 2 x 75 € - Verres complexes (5) : 2 x 100 € - Verres très complexes (5) : 2 x 175 €

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) (7) 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. ** Les équipements relevant du panier 100% santé dentaire (soumis à la réglementation en vigueur sur les honoraires limites de facturation) ne sont pas pris en charge intégralement, mais à hauteur de 200 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. (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. (3) Actes soumis à la réglementation CCAM. (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 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue : tous les ans. (5) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition dans les conditions générales en vigueur. (6) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (7) Le service d'avis médical deuxiemeavis.fr permet avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieuse, 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.