

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 5 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 par la 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 l'échéance du 31 décembre de chaque année ;
- 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 l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
 - o en cas de souscription d'un contrat « Complémentaire santé solidaire » ;
 - o en cas de décès de l'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 2025).**

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⁾	50 % à 70 % ⁽¹⁾⁽²⁾	Jusqu'à 150 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Traitement du cancer → Médecins adhérents ou non à un DPTM *	100 % ⁽²⁾	50 % ⁽²⁾	150 % ⁽²⁾
Accouchement → Médecins adhérents ou non à un DPTM *	100 % ⁽²⁾	50 % ⁽²⁾	150 % ⁽²⁾
Convalescence, centre de rééducation	80 % ou 100 % ⁽¹⁾	20 % ⁽¹⁾	100 %
Chambre particulière → avec nuitée	–	65 €	65 € Maxi./jour Franchise de 5 jours/an
→ sans nuitée	–	40 €	40 € Maxi./jour
Transport	55 %	45 %	100 %

Soins courants

Médecins généralistes → Médecins adhérents ou non à un DPTM *	70 % ⁽²⁾	30 % ⁽²⁾	100 % ⁽²⁾
Médecins spécialistes → Médecins adhérents ou non à un DPTM *	70 % ⁽²⁾	80 % ⁽²⁾	150 % ⁽²⁾
Actes techniques médicaux, 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 à 15 %	15 %	–	15 %
Médicaments à 30 %	30 %	–	30 %
Médicaments à 65 %	65 %	–	65 %

Assistance Santé (gratuit)

24h/24 – 7j/7 : aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile

Plateforme e-santé ⁽³⁾

Ce service vous est proposé en partenariat avec Maiia, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur pavillon-prevoyance.fr

Deuxième avis médical (gratuit) ⁽⁴⁾

Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur pavillon-prevoyance.fr

* DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). 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. (3) Maiia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (4) 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 400 spécialistes référencés et plus de 800 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**
Optique, dentaire, audiologie :
avantages permanents et exclusifs
chez les partenaires du réseau, analyse de devis...
- ✓ **Plateforme e-santé**
Retrouvez en un seul et même endroit
les services essentiels pour vous accompagner
tout au long du parcours de santé
- ✓ **Deuxième avis médical**
Avant une décision médicale importante
ou en cas de problème de santé sérieux
- ✓ **Services de Soins
et d'Accompagnement Mutualistes**
Laboratoire, hôpital...
Tous les services sur **mutualite.fr**
- ✓ **Assistance Santé**
- ✓ **Service Conseillère Sociale**
Des solutions dans les moments difficiles
- ✓ **Rendez-vous Conseil**
En agence, à domicile ou sur le lieu de travail

itelis

Maiia
cegedimsanté

deuxième
avis.fr



Pavillon de la
Mutualité
Mutualité Française Gironde

Membre de
vvyv

» Des assurances complémentaires pour tout prévoir

- ✓ **Assurance multirisques habitation**
- ✓ **Assurance emprunteur**
- ✓ **Épargne et retraite**
- ✓ **Prévoyance**
Indemnités journalières, dépendance, décès, obsèques

» Les partenaires pour plus d'avantages



famileo

» Adhésions, modifications, suivi et informations

@service



rapide, simple, gratuit
Vos démarches à tout instant
sur votre *Espace adhérent*

BORDEAUX BASTIDE

92 avenue Thiers
05 57 81 51 10
prevoyancebastide@pavillon-prevoyance.fr

BORDEAUX GAMBETTA

35 rue Judaïque
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

4 rue du Général Gallieni
05 56 54 63 98
prevoyancelateste@pavillon-prevoyance.fr

LESPARRE-MÉDOC

29 rue Jean-Jacques Rousseau
05 56 59 43 64
prevoyancelesparre@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

0 810 810 033 Service 0,05 € / min
+ prix appel

ou 05 57 81 24 41
Lundi au vendredi 8h/19h - samedi 9h/12h

90 avenue Thiers - CS21004
33072 Bordeaux Cedex



pavillon-prevoyance.fr

(1) Sur l'ensemble des prestations obligatoires de votre contrat responsable.



GROUPE
PAVILLON PRÉVOYANCE



LE TRI
+ FACILE



PAPIER



Exemples de remboursement 2026 - Régime général (1)

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15 € en service psychiatrique)	0 €	0€	20€ (15€)	0€
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	65,00 €	Selon la dépense
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	838,98 €	838,98 €	814,98 €	24 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	443,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	35,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	486,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	78,45 €
Séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 754 €	3 754 €	3 003,20 €	750,80 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €*	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	40 €	40 €	26 €	12 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	53,00 €	40,00 €	26,00 €	25,00 €	2 € dont 2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2€	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62,00 €	23,00 €	16,10 €	18,40 €	27,50 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie médicale)	66,00 €	23,00 €	14,10 €	18,40 €	33,5 € dont 2 € de participation forfaitaire
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,71 €	24,40 €	14,64 €	0,00 €	12,07 €

Contrat d'assurance santé non responsable (2)	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) (3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	Selon contrat
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	515,00 €	120,00 €	72,00 €	0,00 €	443,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	0,00 €	17,35 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	561,99 €	120,00 €	72,00 €	0,00 €	489,99 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	714,10 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	520,60 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	Selon contrat
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65€ par verre + 5,40€	0,00 €	34, 85 € par verre + 24,60 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	0,00 €	73,80 € par verre + 24,60 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Monture	148,00 €	0,05 €	0,03 €	0,00 €	147,97 €
Verres simples	112 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	0€ par verre	111,97 € par verre
Verres progressifs	246 € (par verre)	0,05 € par verre	0,03 € par verre	0 € par verre	245,97 € par verre
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	0,00 €	Selon la dépense
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon la dépense
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	0,00 €	710,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 515,00 €	400,00 €	240,00 €	0,00 €	1 275,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)