

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 : PROTIVO



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, frais d'accompagnement, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie et biologie médicale, auxiliaires médicaux, médicaments à 65% et 30%, vaccin antigrippal
- ✓ **Frais optiques** : monture et verres, lentilles acceptées
- ✓ **Frais dentaires** : soins, prothèses et orthodontie acceptées
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses capillaires, mammaires et oculaires, orthèses
- ✓ **Cure thermale** : honoraires, frais d'établissement

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière avec nuitée
Médicaments à 15% et 60%, autres vaccins
Médecine douce
Petit appareillage et autres prothèses, fauteuil handicapé
Parodontologie, implantologie, inlay-core, orthodontie refusée
Lentilles refusées
Chirurgie réfractive
Prévention et forfait naissance - adoption

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), service d'analyse de devis, E-services (compte en ligne...), service conseillère sociale, Priorité Santé Mutualiste

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.
- ! L'achat de véhicule pour personnes handicapées physiques (fauteuils roulants).

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 un mineur 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



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 ?

- 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 rétractation 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 ?

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.
- 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.

PROTIVO 3

Garantie complémentaire santé déterminée dans le respect du parcours de soins coordonnés sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et dans la limite des dépenses réelles
Selon les conditions du contrat et de la notice d'information et sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1er août 2018). Contrat responsable et solidaire.

| GARANTIES | Taux de rembt. de la Sécurité sociale | Prestations mutuelle | Couverture totale | COMMENTAIRES |
|---|---------------------------------------|--------------------------------|--|--|
| HOSPITALISATION | | | | |
| ☒ Forfait journalier | - | 100% | 100% | Des dépenses réelles - Prise en charge illimitée |
| ☒ Séjour chirurgical et médical | 80% ou 100% ⁽¹⁾ | 20% ⁽¹⁾ | 100% | Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital. Séjour illimité |
| ☒ Soins hospitaliers | | | | |
| Médecins adhérents à un DPTM* | 80% ou 100% ^{(1) (2)} | 20% à 120% ^{(1) (2)} | 100% à 200% ^{(1) (2)} | Soins à 100%, imagerie médicale à 120%, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 200% |
| Médecins non adhérents à un DPTM | 80% ou 100% ^{(1) (2)} | 0% à 100% ^{(1) (2)} | 100% à 180% ^{(1) (2)} | Soins à 100%, imagerie médicale à 100%, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 180% |
| ☒ Traitement du cancer | | | | |
| Médecins adhérents à un DPTM* | 100% | 20% ou 100% ^{(1) (2)} | 120% ou 200% ^{(1) (2)} | Imagerie médicale à 120%, chirurgiens et anesthésistes à 200% |
| Médecins non adhérents à un DPTM | 100% | 0% ou 80% ^{(1) (2)} | 100% ou 180% ^{(1) (2)} | Imagerie médicale à 100%, chirurgiens et anesthésistes à 180% |
| ☒ Accouchement | | | | |
| Médecins adhérents à un DPTM* | 100% | 100% ⁽²⁾ | 200% ⁽²⁾ | Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée |
| Médecins non adhérents à un DPTM | 100% | 80% ⁽²⁾ | 180% ⁽²⁾ | |
| ☒ Maison de repos et de convalescence, centre de rééducation moyen séjour | 80% ou 100% ⁽¹⁾ | 20% ⁽¹⁾ | 100% | |
| ☒ Frais d'accompagnement | Néant | 27,50 €/jour | 27,50 €/jour | Dans la limite des dépenses réelles, soit 10 jours max. par hospitalisation |
| ☒ Pharmacie extra-usuelle | Néant | 160 € | 160 € | Limité aux dépenses réelles et 1 fois par an et par bénéficiaire. Produits |
| ☒ Chambre particulière sans nuitée | Néant | 30 € | 30 € | |
| ☒ Chambre particulière avec nuitée | Néant | 62 € | 62 € | Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière Séjour illimité en chirurgie y compris maternité 60 jours max en hospitalisation médicale 30 jours maxi en rééducation ou convalescence ou moyen séjour ou psychiatrie ou alcoologie |
| TRANSPORT | 65% | 35% | 100% | Ambulances, véhicules sanitaires légers |
| SOINS MEDICAUX | | | | |
| ☒ Médecins généralistes, spécialistes | | | | |
| Médecins adhérents à un DPTM* | 70% | 80% ⁽²⁾ | 150% ⁽²⁾ | |
| Médecins non adhérents à un DPTM | 70% | 60% ⁽²⁾ | 130% ⁽²⁾ | |
| ☒ Imagerie médicale | | | | |
| Médecins adhérents à un DPTM* | 70% | 80% ⁽²⁾ | 150% ⁽²⁾ | |
| Médecins non adhérents à un DPTM | 70% | 60% ⁽²⁾ | 130% ⁽²⁾ | |
| ☒ Biologie médicale | 60% | 40% | 100% | |
| ☒ Auxiliaires médicaux | 60% | 40% | 100% | Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie |
| PHARMACIE | | | | |
| ☒ Médicaments remboursables | 15% à 65% | 35% à 85% | 100% | Des dépenses réelles |
| ☒ vaccin antigrippal | Néant | 100% | 100% | Prescrits non remboursés. Prise en charge limitée à un vaccin par an et par personne et plafonnée à 40 € maximum. |
| ☒ Autres vaccins | Néant | 40 € | 40 € | |
| MEDECINE DOUCE | | | | |
| ☒ Acupuncture, chiropractie, étiopathie | Néant | 120 € | 120 € | Forfait annuel global/personne pour ces 6 actes effectués par un praticien diplômé, mais non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de 30€ par acte. Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. |
| ☒ Homéopathie, ostéopathie, réflexologie | | | | |
| PROTHESE | | | | |
| ☒ Auditive, orthopédique | 60% | 240% | 300% | Dans la limite des dépenses réelles par appareillage |
| ☒ Capillaire, mammaire, oculaire | 100% | 200% | 300% | Dans la limite d'un plafond de 300 € par type de prothèse |
| DENTAIRE | | | | |
| ☒ Soins | 70% | 30% | 100% | |
| ☒ Prothèse dentaire acceptée | 70% | 230% | 300% | Dans la limite d'un plafond de 1500€ par an et par personne |
| ☒ Prothèse dentaire transitoire | Néant | 100 € | 100 € | Forfait annuel par personne, dans la limite de 50€ par acte |
| ☒ Parodontologie | Néant | 150 € | 150 € | Forfait une fois par an et par personne |
| ☒ Implants dentaires | Néant | 700 € | 700 € | Forfait une fois par an et par personne |
| ☒ Orthodontie acceptée | 100% | 200% | 300% | Dans la limite des dépenses réelles |
| ☒ Orthodontie refusée | Néant | 300 € | 300 € | Forfait une fois par an et par personne |
| OPTIQUE | | | | |
| ☒ Monture | 60% | 40% | 100% | Dans la limite des dépenses réelles |
| ☒ Verres simples ⁽³⁾ | 60% | 40% | 100% | + FORFAIT par personne : 110 € + FORFAIT par verre : 105 € |
| ☒ Verres complexes ⁽³⁾ | 60% | 40% | 100% | + FORFAIT par verre : 185 € |
| ☒ Lentilles acceptées | 60% | 40% | 100% | Forfaits lunettes valables pour une paire de lunettes tous les deux ans ⁽³⁾ |
| ☒ Lentilles refusées | Néant | 160 € | 160 € | + FORFAIT par an et par personne : 320 € |
| ☒ Chirurgie réfractive | Néant | 370 € | 370 € | Forfait une fois par an et par personne Forfait / œil (intervention chirurgicale sur réorption myopie.) |
| CURE THERMALE | | | | |
| ☒ Forfait établissement | 65% | 35% | 100% | + FORFAIT ANNUEL : 110 € par personne |
| ☒ Honoraires de surveillance | 70% | 30% | 100% | (uniquement pour les soins, hors hébergement et restauration) |
| PREVENTION | | | | |
| ☒ Contraception | Néant | 32 € | 32 € | Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'assurance maladie obligatoire |
| ☒ Sevrage tabagique | Néant | 90 € | 90 € | |
| ☒ Amniocentèse | Néant | 45 € | 45 € | |
| ☒ Podologie / diététique / allergologie | Néant | 25 € | 25 € | |
| ☒ Consultation podologie en diabétologie | Néant | 25 € | 25 € | |
| ☒ Auto tensiomètre | Néant | 80% | 80% | 80% des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an et par famille |
| DIVERS | | | | |
| ☒ Forfait naissance et adoption | Néant | 230 € | 230 € | Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant |
| ASSISTANCE SANTE (GRATUIT) | | 24H:24 - 7/7 | | Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile |

* DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...).

(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 la Sécurité sociale et des dépassements d'honoraires.

Remboursement des dépassements d'honoraires minoré pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM.

(3) Verres simples = verres simples avec sphère entre -6 et 6 ou cylindre inférieur ou égal à 4 dioptries, verres complexes = autres types de verres que verres simples définis précédemment.

A 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 18 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue, tous les ans.

Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend pas en charge la participation forfaitaire d'un euro à chaque consultation ou acte médical et toute autre franchise appliquée 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.

Edition : janvier 2019