

NOTICE D'INFORMATION

ÉDITION JANVIER 2021



**PAVILLON
PRÉVOYANCE**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin



GROUPE
PAVILLON PRÉVOYANCE

Notice d'information du contrat Frais de santé passé entre :

L'ASSOCIATION ACTION

8 avenue Roger Lapébie – ZI Chanteloiseau – 33140 VILLENAVE D'ORNON ci-après dénommée « le SOUSCRIPTEUR » et La
Mutuelle Solidarité d'Aquitaine,

SIREN N°781 848 221, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, substituée par : **PAVILLON**

PRÉVOYANCE SIREN n°442 978 086, Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II **Sises 90 avenue Thiers**
33072 Bordeaux Cedex,

Ci-après dénommée «la Mutuelle»

SOMMAIRE

<i>Chapitre 1 : Objet, date d'effet, durée et résiliation du contrat collectif</i>	3
ARTICLE 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information	3
ARTICLE 2 : Prise d'effet et durée du contrat collectif	3
ARTICLE 3 : Résiliation du contrat collectif	3
ARTICLE 4 : Sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation	3
<i>Chapitre 2 : Prise d'effet, modification et cessation de la garantie de l'adhérent</i>	3
ARTICLE 5 : Prise d'effet de la garantie	3
ARTICLE 6 : Délai de carence	4
ARTICLE 7 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle	4
ARTICLE 8 : Cessation de la garantie	4
<i>Chapitre 3 : Garantie frais de santé</i>	4
ARTICLE 9 : Risques couverts	4
ARTICLE 10 : Exclusions et déchéance de garantie	4
ARTICLE 11 : Prestations	4
ARTICLE 12 : Formalités de règlement des prestations	5
ARTICLE 13 : Tiers payant	5
ARTICLE 14 : Forclusion et prescription	5
<i>Chapitre 4 : Cotisations</i>	5
ARTICLE 15 : Fixation et évolution des cotisations	5
ARTICLE 16 : Paiement des cotisations	6
ARTICLE 17 : Défaut de paiement	6
<i>Chapitre 5 : Déclaration de changement de situation, fausse déclaration, subrogation et contrôle médical</i>	6
ARTICLE 18 : Déclaration de changement de situation et fausse déclaration	6
ARTICLE 19 : Subrogation	7
ARTICLE 20 : Contrôle médical	7
<i>Chapitre 6 : Information des adhérents</i>	7
ARTICLE 21 : La notice d'information	7
ARTICLE 22 : Les statuts et règlements	7
<i>Chapitre 7 : Action sociale</i>	7
ARTICLE 23 : Commission d'aide sociale	7
<i>Chapitre 8 : Médiation mutualiste et traitement des réclamations</i>	8
ARTICLE 24 : Médiation et traitement des réclamations	8
<i>Chapitre 9 : Informations légales</i>	8
ARTICLE 25 : Protection des données à caractère personnel	8
ARTICLE 26 : Convention de substitution	8
<i>Chapitre 10 : Descriptif des garanties frais de santé</i>	8
ARTICLE 27 : Bénéficiaires de la garantie	8
ARTICLE 28 : Ayants droit	9
ARTICLE 29 : Descriptif des prestations	9

Chapitre 1

OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information

Les dispositions du contrat et de la présente Notice d'information déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties frais de santé, dans un cadre collectif facultatif, au profit des membres participants (dits adhérents) de la personne morale souscriptrice (dite souscripteur), définies dans le respect des dispositions prévues par l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Article 2 : Prise d'effet et durée du contrat collectif

Le contrat a pris effet le 1^{er} juillet 2014. Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année, pour une durée d'un an renouvelable.

Article 3 : Résiliation du contrat collectif

Le contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux du souscripteur, si elle est signifiée à la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Article 4 : Sauvegarde, redressement judiciaire ou liquidation

Le souscripteur tiendra informée la Mutuelle dès l'ouverture d'une procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

Chapitre 2

PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DE LA GARANTIE DE L'ADHÉRENT

Article 5 : Prise d'effet de la garantie

La garantie prend effet au plus tôt à la date de réception par la Mutuelle du dossier d'adhésion complet ou à une date ultérieure indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'adhérent et à la date de signature du bulletin d'affiliation, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

L'adhérent a la possibilité de changer de garantie tous les ans (à la hausse ou à la baisse). Le changement de garantie prend effet au 1^{er} janvier qui suit l'année de la demande de changement de garantie.

Article 6 : Délai de carence

À l'expiration de la période appelée délai de carence, délai avant le versement des prestations objet de la garantie, l'adhérent et ses ayants droit peuvent bénéficier des prestations accordées par PAVILLON PRÉVOYANCE.

L'adhérent et ses ayants droit ne bénéficient des avantages de PAVILLON PRÉVOYANCE qu'après avoir payé leurs cotisations et respecté un délai de carence fixé à 6 mois pour le forfait relatif à la garantie hospitalisation en chambre particulière avec nuitée.

Sont dispensés de ce délai de carence :

- L'adhérent et/ou ses ayants droit qui peuvent produire au moment de la signature du bulletin d'adhésion un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme faisant apparaître une garantie équivalente et dans la mesure où l'adhésion intervient dans un délai de deux mois après la radiation,

Dans tous les cas de dispense de délai de carence :

- **Les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas pris en charge.**

Article 7 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle

Toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties.

Dans ce cas, le souscripteur est tenu de remettre aux adhérents une notice comportant les modifications apportées à la garantie.

Article 8 : Cessation de la garantie

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation du contrat ou de la garantie de l'adhérent.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la résiliation seront pris en charge.

L'adhésion de l'adhérent prend fin en cas de demande de résiliation de ce dernier, signifiée à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Pavillon Prévoyance, Service résiliation, 90 avenue Thiers, CS 21004, 33072 BORDEAUX Cedex, ou par courriel à l'adresse suivante : resiliation@pavillon-prevoyance.fr :

- Soit au plus tard le 31 octobre de l'année N pour prendre effet le 31 décembre de la même année à minuit
- Soit à tout moment à compter du douzième (12ème) mois d'adhésion. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.
- Soit en cas de modifications des droits et obligations des adhérents, dans un délai d'un mois à compter de la remise, par le souscripteur, de la notice comportant des modifications. Dans ce cas, la radiation de l'adhérent ne prend effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- Soit lors de la mise en place par l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. La résiliation prend effet à la fin du mois de réception de la demande

Chapitre 3

GARANTIE SOINS COURANTS

Article 9 : Risques couverts

La garantie complémentaire santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le total des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle ne peut excéder les frais engagés.

Article 10 : Exclusions et déchéance de garantie

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle

- **Les interventions, hospitalisations, soins résultants, de la part du bénéficiaire de la garantie :**
 - d'un fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente ;
 - de l'état d'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route ou de délire alcoolique, de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
 - de la participation à une rixe sauf en cas de légitime défense ;
 - de paris,
 - de la détention ou manipulation consciente d'engins de guerre ;
 - de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, de grèves ou de lock-out, de cataclysmes, d'explosions liées à la technologie nucléaire ;
 - de sport professionnel et de sport amateur pour lesquels une assurance spécifique est obligatoire.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge du contrat responsable définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Voir article 29.12 (Prestations contrat responsable et solidaire) de la présente notice.

- **L'achat de véhicules pour personnes handicapées physiques (fauteuils roulants).**

L'adhérent ou l'ayant droit est déchu de tout droit à prestation s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la Mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausse déclaration d'hospitalisation par exemple).

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la Mutuelle et se révélant infondées au visa de la présente clause, seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Le contrat ne prend pas en charge :

- En cas de non-respect du parcours de soins, absence de médecin traitant, refus de présentation du dossier médical personnel :
 - la majoration du ticket modérateur liée aux actes et consultations ;
 - la franchise liée aux dépassements d'honoraires des spécialistes ;
- Les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire :
 - la contribution forfaitaire sur les actes et les consultations ;
 - la franchise appliquée par boîte de médicament ;
 - la franchise appliquée par acte paramédical ;
 - la franchise appliquée par transport sanitaire.

Article 11 : Prestations

La participation de la Mutuelle est calculée par différence entre la base de remboursement et la participation du régime d'affiliation de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans que le total des prestations versées ne puisse excéder les frais réels engagés.

La participation de la Mutuelle peut être également :

- Calculée en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- Exprimée en forfait, c'est-à-dire, hors participation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- Définie selon les modalités décrites dans le descriptif de garantie.

Les prestations du contrat sont définies pour chaque garantie dans le descriptif de garantie remis à l'adhérent.

Article 12 : Formalités de règlement des prestations

Pour bénéficier des prestations et services de la Mutuelle, les adhérents doivent fournir tous les documents demandés par celle-ci et se soumettre à tout contrôle qu'elle estimerait utile.

Ne peuvent bénéficier des prestations que les adhérents à jour de leurs cotisations.

Le règlement des prestations qui ne sont pas versées directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers payant, s'effectue par virement bancaire sur le compte de l'adhérent ou du bénéficiaire.

Pour l'ensemble des soins, seule la date de l'ordonnance, de la prescription ou de l'entente préalable est prise en considération pour déterminer l'ouverture des droits.

La Mutuelle s'engage à procéder au versement des prestations à l'adhérent dans un délai maximum de 4 jours ouvrés à compter de la réception par Pavillon Prévoyance de l'ensemble des éléments nécessaires au traitement du dossier..

Article 13 : Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de la santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, en fonction de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par l'adhérent ou l'ayant droit. Celui-ci doit, pour en bénéficier, présenter sa carte de tiers payant, en cours de validité, attestant de son appartenance à la Mutuelle et de ses droits.

Le contrat permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur l'ensemble des prestations obligatoires du contrat responsable reprises ci-dessous :

- le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, y compris la participation forfaitaire de 24 euros lorsqu'elle est facturée,
- le forfait journalier hospitalier.

Si après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un adhérent ou ayant-droit ne sont pas ouverts auprès de son régime d'Assurance Maladie Obligatoire, celui-ci est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

Article 14 : Forclusion et prescription

Toutes actions dérivant des opérations énoncées à la présente notice se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent ou l'ayant droit, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,

- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Chapitre 4

COTISATIONS

Article 15 : Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont communiquées à l'adhérent préalablement à son adhésion.

Les cotisations varient, d'une part, en fonction de la garantie souscrite par l'adhérent et ses ayants droit au moment de l'émission de l'appel de cotisations, d'autre part en fonction de leur âge et de leur département de domiciliation. En cas de modification d'une des situations ci-dessus, le montant de la cotisation est modifié au premier jour de l'année qui suit la date de l'événement.

À partir du 3^{ème} enfant à charge, l'enfant à charge ayant droit de l'adhérent est exonéré de cotisation.

Les cotisations suivent l'évolution du montant du plafond de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont susceptibles d'évoluer en cours d'année ou au 31 décembre de l'année, notamment pour les motifs suivants :

- modification des remboursements des régimes obligatoires ;
- modification législative ou réglementaire

Article 16 : Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues pour l'année civile.

Les cotisations sont appelées par un avis d'appel de cotisation annuel adressé à l'adhérent. Celles-ci sont payées par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal.

L'adhérent peut choisir lors de son adhésion la date du prélèvement entre le 5, le 10 ou le 15 du mois concerné. Les dates des prélèvements sont portées à la connaissance de l'adhérent par le biais d'un échéancier.

Article 17 : Défaut de paiement

Le versement des prestations à l'adhérent et à ses ayants droit est conditionné au paiement de la cotisation due par l'adhérent.

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisations due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'adhérent une mise en demeure de payer. Faute de paiement dans les trente jours qui suivent la mise en demeure, la Mutuelle suspend les garanties de l'adhérent et de ses ayants droit. Effets de la suspension de la garantie : les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins se situe dans cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

Au cas où la cotisation aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

En cas de non-paiement dans le délai de trente jours : Pavillon Prévoyance peut résilier la garantie dix jours après l'expiration de ce délai. La cotisation annuelle restant due, Pavillon Prévoyance procédera au recouvrement de l'intégralité des cotisations majorées des frais de recouvrement par tout moyen à sa convenance.

En cas de paiement avant résiliation : la garantie reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Chapitre 5

DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION, FAUSSE DÉCLARATION, SUBROGATION ET CONTRÔLE MÉDICAL

Article 18 : Déclaration de changement de situation et fausse déclaration

Tout adhérent ou ayant droit ayant fait une fausse déclaration en cotisant à la Mutuelle dans une catégorie à laquelle il n'appartient pas ne pourra prétendre en aucun cas à d'autres prestations que celles accordées par la Mutuelle aux membres de la catégorie dans laquelle il a cotisé.

En cas de changement de situation au cours d'une année, les adhérents ou ayants droit sont tenus d'en aviser la Mutuelle et, s'il y a lieu, au versement immédiat du complément de cotisation.

En cas de changement de catégorie, le remboursement éventuel des cotisations sera effectué par la Mutuelle et portera sur l'année en cours et l'année précédente, sous réserve de régularisation des prestations versées au cours de la période faisant l'objet du remboursement.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent ou à l'ayant droit par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à La Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Peuvent être exclus de la Mutuelle, dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité, les adhérents dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle et qui auraient causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

Article 19 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Parallèlement, l'adhésion à la Mutuelle entraîne - de fait - délégation de l'adhérent ou de l'ayant droit au profit de la Mutuelle pour percevoir en ses lieux et place, les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et les autres organismes de Prévoyance dont la Mutuelle a fait l'avance.

Article 20 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat Frais de santé. En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Chapitre 6

INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 21 : La notice d'information

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations collectives, la Mutuelle établit une notice décrivant les garanties souscrites.

Le souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice et des statuts à l'adhérent et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au souscripteur.

Article 22 : Les statuts et règlements

Toute modification des statuts et règlements de la Mutuelle décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle doit être portée à la connaissance de ses adhérents.

Chapitre 7

ACTION SOCIALE

Article 23 : Commission d'aide sociale

Des aides exceptionnelles peuvent être accordées par la Commission d'aide sociale aux adhérents et à leurs ayants droit pour des besoins urgents, notamment dans le cas de situations difficiles liées à la maladie ou l'accident, à la perte d'emploi ou de ressources pour des dépenses de santé onéreuses.

Chapitre 8

MÉDIATION MUTUALISTE ET TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Article 24 : Médiation et traitement des réclamations

Une réclamation s'entend de tout type de déclaration actant le mécontentement de l'adhérent. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis ne sont pas des réclamations.

Les éventuelles réclamations doivent être adressées par lettre recommandée avec avis de réception accompagnée des justificatifs de votre demande à : PAVILLON PRÉVOYANCE - Service Réclamations - 90 avenue Thiers CS21004 33072 Bordeaux Cedex.

Le Service réclamations accusera réception de la demande dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Pavillon Prévoyance s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation.

Tout différend survenant entre la Mutuelle et l'adhérent à la suite du traitement d'une réclamation pourra être soumis par l'adhérent, sera soumis préalablement à toute action en justice, au Médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite adressée par l'adhérent à la Mutuelle

Ce médiateur peut être saisi en transmettant le dossier objet de la demande, accompagné des justificatifs nécessaires :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la FNMF, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX 15
- Soit directement via le site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Chapitre 9

INFORMATIONS LÉGALES

Article 25 : Protection des données à caractère personnel

La Politique de Protection des Données à caractère personnel gérées par PAVILLON PREVOYANCE est accessible sur le site internet : <https://www.pavillon-prevoyance.fr/politique-protection-des-donnees>

Article 26 : Convention de substitution

En application de l'article L. 211-5 du Code de la mutualité, PAVILLON PRÉVOYANCE se substitue intégralement à la Mutuelle Solidarité d'Aquitaine pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la Solidarité d'Aquitaine et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1,2, 20 et 21.

Si l'agrément accordé à PAVILLON PRÉVOYANCE lui est retiré, le contrat Frais de santé sera résilié le 40^{ème} jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est alors restituée au souscripteur.

Chapitre 10

DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 27 : Bénéficiaires de la garantie

Les garanties sont à adhésion facultative pour l'ensemble des adhérents membres de la personne morale souscriptrice signataire. Ces derniers sont désignés dans le contrat par « adhérents ».

Les adhérents bénéficiant des prestations remplissent un bulletin d'affiliation et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Par ayants droit, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après et figurant sur le bulletin d'affiliation de l'adhérent.

Les adhérents et leurs ayants droit peuvent choisir des garanties différentes. La limite d'âge l'adhésion est de 80 ans.

Article 28 : Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit

- **28.1** Le conjoint, concubin, ou le partenaire de PACS de l'adhérent et ses enfants à charge, s'ils figurent sur le bulletin individuel d'affiliation de l'adhérent, et pour les enfants à charge conformément aux dispositions ci-après.
- **28.2** Les enfants qui bénéficient de la Sécurité sociale sur le compte de l'affilié ou de son conjoint ou concubin ou signataire d'un PACS, ou qui sont âgés de moins de 28 ans et bénéficient de la Sécurité sociale en raison de leur propre assujettissement s'ils :
 - poursuivent leurs études
 - sont apprentis pour autant que leurs rémunérations n'excèdent pas les 55 % du S.M.I.C.
 - sont demandeurs d'emploi ou en emploi précaire et si leur rémunération perçue n'est pas supérieure à 55 % du S.M.I.C.
- **28.3** Les ascendants de l'affilié et du conjoint ou du concubin qui vivent sous le même toit que celui-ci. La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer tous contrôles qu'elle jugera utiles concernant les dispositions ci-dessus.

Article 29 : Descriptif des prestations

Les bénéficiaires des garanties sont couverts dans le respect du parcours de soins coordonnés. Selon son niveau de garantie (se reporter au descriptif de la garantie), l'adhérent bénéficie des prestations ci-dessous :

• 29.1 Hospitalisations

La Mutuelle prend en charge les frais correspondant à des actes inscrits à la nouvelle nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM). La Mutuelle n'intervient qu'après prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le tarif pris en charge par la Mutuelle varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

La Mutuelle intervient pour les séjours en médecine, chirurgie, maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour, pour les frais énoncés ci-dessous :

a) Frais de séjours :

- frais d'hospitalisation : le taux et la durée de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

- forfait journalier hospitalier : la Mutuelle rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissés à charge du malade en matière de forfait journalier hospitalier. La durée de prise en charge est illimitée.
- b) Chambre particulière avec et sans nuitée : durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.
- chambre particulière avec nuitée : lorsque la garantie le prévoit, la Mutuelle prend en charge ou rembourse la chambre particulière avec nuitée.
 - chambre particulière sans nuitée : lorsque la garantie le prévoit, la Mutuelle prend en charge la chambre particulière uniquement dans le cadre de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire. A ce titre, la facture de l'établissement devra comporter, outre le supplément chambre particulière avec la précision « ambulatoire », soit un acte d'anesthésie (ADA) et un acte de chirurgie (ADC), ou un acte d'anesthésie (ADA) et un acte technique médical (ATM).
- c) Frais d'accompagnement : pour toute hospitalisation prise en charge, la Mutuelle rembourse les frais exposés par l'accompagnant, sur présentation des justificatifs des dépenses réelles réglées à l'établissement de soins, avec un maximum journalier et un maximum total indiqués sur la d'information de la garantie.
- d) Soins hospitaliers et honoraires paramédicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- d) Frais de transports : frais de transport du malade « entrée » et « sortie » d'hospitalisation. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- facture acquittée de l'établissement,
- justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés par journée) au nom du patient,
- bulletin de situation, relevé d'honoraires en cas de dépassement précisant l'acte pratiqué (C.C.A.M.), montant total des honoraires, le montant du dépassement

Exclusions :

Interventions chirurgicales à visée esthétique, sauf si consécutives à un accident.

• 29.2 Soins courants et pharmacie

La Mutuelle prend en charge, au titre des honoraires médicaux figurant à la nouvelle nomenclature (C.C.A.M.) et correspondant à des actes effectués hors hospitalisation : Médecins généralistes, Médecins spécialistes, sauf les stomatologues et dentistes, sages-femmes, directeurs de laboratoires, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures ; ainsi que les actes figurant à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) réalisés en laboratoire.

Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- soins externes (en milieu hospitalier) : avis des sommes à payer + attestation de paiement.

La Mutuelle prend en charge, au titre de la pharmacie, les produits pharmaceutiques médicalement prescrits remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Les taux de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés.

• 29.3 Soins dentaires

La Mutuelle prend en charge, au titre des soins dentaires les actes inscrits à la nouvelle nomenclature (C.C.A.M.) et pratiqués hors hospitalisation :

- des chirurgiens-dentistes,
- des dentistes spécialisés,
- des stomatologues,
- des orthodontistes.

Le taux de prise en charge est indiqué pour chaque type d'acte sur le descriptif de la garantie pour :

- les soins dentaires,

- les prothèses dentaires acceptées,
- les traitements d'orthodontie.

Lorsque le traitement orthodontique a débuté avant la prise d'effet du contrat auprès de Pavillon Prévoyance, la date de réalisation des actes retenue est celle figurant sur le décompte de la Sécurité Sociale. Conformément à l'article relatif aux exclusions de garantie, Pavillon Prévoyance n'interviendra pas pour les actes effectués antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ni en cas d'intervention du précédent organisme assureur. Des justificatifs en ce sens seront sollicités.

• **Parodontologie, implantologie.**

La Mutuelle verse un forfait indiqué sur le descriptif de la garantie lorsque la prestation est couverte.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- soins dentaires en milieu hospitalier : quittance proforma/facture détaillée + avis des sommes à payer.

• **29.4 Optique**

La Mutuelle prend en charge au titre de l'optique les fournitures inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Cette prise en charge comprend, dans les limites du contrat responsable (voir article 29.12), selon la garantie souscrite, :

- les fournitures prises en charge ou non par l'Assurance Maladie Obligatoire (verres, montures, lentilles),
- les lentilles de contact non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- la chirurgie réfractive.

Le taux de remboursement, et éventuellement un forfait pour chaque type de prestation, est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- prescription médicale.

Exclusion :

- **Lentilles couleur.**

• **29.5 Médecine douce – Prévention – Cure thermale**

Les forfaits annuels bien-être et prévention sont attribués dans les limites figurant sur la fiche de la garantie, pour des soins prescrits médicalement ou réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Forfaits médecine douce

- Acupuncture : pour des soins réalisés par un médecin spécialiste ou généraliste,
- Aromathérapie,
- Auriculothérapie,
- Chiropractie : le chiropracteur doit être titulaire d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un Institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens,
- Ergothérapie : pour des soins prescrits médicalement, réalisés par un praticien diplômé et non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- Etiopathie : l'étiopathe doit obligatoirement être inscrit au Registre National des Etiopathes,
- Haptonomie,
- Homéopathie,
- Manupuncture,
- Mésothérapie,
- Méthode Mézières
- Méthode Naet,

- Microkinésithérapie
- Naturopathie,
- Nutritionniste
- Ostéopathie : l'ostéopathe doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession d'Ostéopathe et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la Mutuelle le document intitulé « Attestation d'inscription au Répertoire Adeli »,
- Consultations allergologue, diététicien, pédicure, podologue, podologue en diabétologie, psychologue (le psychologue doit obligatoirement être inscrit sur la liste départementale de la profession de psychologue et être enregistré à l'ARS (Agence Régionale de santé) ; pour justifier du respect de ces conditions, il doit fournir à la mutuelle une attestation d'inscription au Répertoire Adeli), psychomotricien, psychothérapie (seules les factures émises par un psychothérapeute – mention sur la facture ou tampon du praticien précisant psychothérapeute – seront prises en charge. Ainsi, **les factures de psychothérapie émises par un psychologue ne seront pas prises en charge**).
-
- Tabacologue
- Phytothérapie,
- Réflexologie,
- Somatopathie,
- Sophrologie,
- Yoga.

Forfaits prévention

- Densitométrie osseuse,
- Amniocentèse,
- Contraception : sur prescription médicale prise en charge de la pilule et de l'anneau contraceptifs,
- Préservatifs : remboursement sur présentation de la facture du pharmacien,
- Sevrage tabagique : substituts nicotiques (patchs, gommes, etc...),
- Auto-tensiomètre : pour acquisition d'un auto- tensiomètre sans prescription médicale sur présentation de la facture de l'établissement autorisé à délivrer ce matériel médical,
- Participation à la licence sportive : sur présentation de la copie de la licence sportive en cours de validité et du justificatif de règlement de la licence. Le forfait « participation à la licence sportive » peut être majoré si la garantie le prévoit, à partir d'un seuil d'ancienneté. Le forfait et sa majoration sont versés dans la limite du prix de la licence.

Pièces à fournir :

- facture originale acquittée (+ copie de la licence sportive pour la participation à la licence sportive).

Cure thermale

La Mutuelle prend en charge au titre des cures thermales, les frais de pratique thermale et les honoraires médicaux prescrits médicalement et acceptés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le taux de prise en charge et éventuellement le forfait supplément (avec hébergement, transport) sont précisés sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire,
- facture originale acquittée avec actes détaillés,
- justificatifs des frais de transport et hébergement.

Exclusions :

- **Cure effectuée en hospitalisation, cure d'amaigrissement, cure de rajeunissement.**

• 29.6 Prothèse capillaire, mammaire, oculaire

La Mutuelle intervient lors de l'achat de prothèse capillaire, prothèse mammaire, prothèse oculaire. Le taux de remboursement est

indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- facture acquittée,
- décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire

• **29.7 Assistance Santé**

Les conditions d'application de l'assistance à domicile font l'objet d'une notice d'information spécifique qui est remise en même temps que la notice d'information de la garantie santé choisie. Il peut être procédé à un changement d'assisteur. Dans ce cas de figure, la Mutuelle informe le souscripteur et l'adhérent de la nouvelle dénomination de l'assisteur et remet au souscripteur la nouvelle notice d'information de la garantie assistance.

• **29.8 Prestations supplémentaires**

Lorsque le descriptif de la garantie le prévoit, les forfaits et allocations ci-après sont versés sur présentation des justifications demandées.

- Forfait naissance et adoption : sous réserve de l'adhésion de l'enfant

Pièce à fournir : acte de naissance.

- Forfait mariage : sous réserve de l'adhésion du conjoint

Pièce à fournir : acte de mariage.

• **29.9 Prestations contrat responsable et solidaire**

Le contrat collectif complémentaire santé est qualifié de « responsable et solidaire », conformément à la réglementation en vigueur. Il prend en charge, conformément aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur, :

- l'intégralité du ticket modérateur.¹
- le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers au sens de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- si la garantie le prévoit, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.
- les dépenses d'acquisition des aides auditives dans la limite d'un renouvellement par période de quatre ans et dans la limite :
 - des prix limites de vente pour les aides auditives de classe I,
 - de 1.700 euros (assurance maladie obligatoire et complémentaire santé) par oreille
- Les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie
- les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes : l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée, dit 100% santé dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente.

Les frais d'acquisition des prestations et équipements de classe B sont pris en charge dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum 50 € et au maximum 420 € par équipement à verres simples²

¹ Selon la garantie de l'adhérent ou de l'ayant droit, sont couvertes ou non par Pavillon Prévoyance les prestations suivantes :

- a) Homéopathie,
- b) Cures thermales,
- c) Médicaments remboursés à 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie Obligatoire.

² **Verres simples** : verres unifocaux

- Sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à - 4,00 dioptries
- Sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

- b) Au minimum 125 € et au maximum 560 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c).
- c) Au minimum 200 € et au maximum 700 € par équipement à verres complexes³
- d) Au minimum 125 € et au maximum 610 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)
- e) Au minimum 200€ et au maximum 750€ par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)
- f) Au minimum 200€ et au maximum 800€ par équipement à verres très complexes⁴

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 €.

En l'absence de mention des verres très complexes au sein de la grille de garantie, il convient d'appliquer le forfait des verres complexes.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le renouvellement s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.

Par dérogation, cette période minimale d'un an n'est pas opposable aux enfant de moins de 16 ans dont la vue évolue.

Par dérogation, les enfants de moins de 6 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, peuvent bénéficier d'un renouvellement par période de six mois.

Le contrat permet par ailleurs à l'adhérent de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur l'ensemble des prestations obligatoires du contrat reprises ci-dessous :

- le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'Assurance Maladie et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, y compris la participation forfaitaire de 24 euros lorsqu'elle est facturée,
- le forfait journalier hospitalier.

Il ne prend pas en charge :

- **en cas de non-respect du parcours de soins, absence de médecin traitant, refus de présentation du dossier médical personnel :**
 - a) **La majoration du ticket modérateur liée aux actes et consultations.**
 - b) **La franchise liée aux dépassements d'honoraires des spécialistes.**
- **les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire :**
 - a) **La contribution forfaitaire sur les actes et consultations.**
 - b) **La franchise appliquée par boîte de médicament.**

³ **Verres complexes** : verre unifocal

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à -6,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries

Ou verre multifocal ou progressif

- Sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

⁴ **Verres très complexes** : verres unifocaux ou progressifs

- Sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- Sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

- c) La franchise appliquée par acte paramédical.
- d) La franchise appliquée par transport sanitaire.

- 29.13 Réseau de soins Itelis (Service détaillé sur le dépliant Réseau de soins Itelis et sur www.pavillon-prevoyance.fr/reseau-de-soins)