

NOTICE D'INFORMATION

ÉDITION JANVIER 2020



ACTION

Association loi 1901



**PAVILLON
PRÉVOYANCE**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin

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

L'ASSOCIATION ACTIONM

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 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle	3
ARTICLE 7 : Cessation de la garantie	3
<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
<i>Glossaire</i>	15

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 à l'égard de l'adhérent le 1^{er} jour du mois durant lequel la Mutuelle reçoit le bulletin d'affiliation, si celui-ci parvient au plus tard le 15 du mois. Passé cette date, l'adhésion prend effet le 1^{er} du mois suivant.

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 : 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 7 : 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.

Aucune radiation ne peut être acceptée en cours d'année.

L'adhésion de l'adhérent prend fin en cas de demande de résiliation de ce dernier, signifiée à la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant le 31 décembre.

Cependant, en cas de modification des droits et obligations des adhérents, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion 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, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Lors de la mise en place par l'employeur de l'adhérent d'un contrat collectif à caractère obligatoire, la résiliation prend effet à la fin du mois de réception de la demande.

Chapitre 3

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

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.

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.

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, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX
- Soit par mail à : mediation@mutualite.fr
- Soit directement via le site internet : www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/

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 : la Mutuelle rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissés à charge du malade en matière de forfait journalier. 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 auxiliaires médicaux 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 Honoraires médicaux

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.

29.3 Pharmacie

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.

• 29.4 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.

• 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.

• 29.5 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.**

• **29.7 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.**

• **29.8 Médecine douce - Divers - Prévention**

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 »,
- 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,
- 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, psychothérapeute
- 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).

• 29.9 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

• 29.10 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.

• 29.11 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.

• 29.12 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

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,

- le forfait journalier 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
- 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

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

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

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 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.

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.**
 - 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)**
- Plus de 6 000 professionnels de santé partenaires offrent des avantages permanents et exclusifs :
- Offres Optique : 40 % d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés. 15 % de remise minimale sur les montures et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles...). 10 % de remise minimale sur les lentilles.
 - Offres Dentaire : jusqu'à 15 % d'économie sur les prothèses les plus fréquentes : couronnes et bridges.
 - Offres Audioprothèse : 15 % d'économie moyenne sur les aides auditives. Zéro reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale).
10 % de remise minimale sur les produits d'entretien. 15 % de remise minimale sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...)...

GLOSSAIRE

100% SANTE

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Synonyme : réforme des soins et des équipements sans reste à charge, réforme des soins et des équipements à prise en charge renforcée

ADHERENT

Adhérent à l'association ACTIOM, souscriptrice du contrat. L'adhérent est le bénéficiaire des garanties.

AIDES AUDITIVES

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

ANALYSE ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Il s'agit de l'ensemble des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu lié à une incapacité physique de travail.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale.

B

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2. On parle de :

Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

C

CHAMBRE PARTICULIÈRE

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

CONTRAT « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE »

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions)
- le forfait journalier hospitalier
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (à partir de 2020) et une partie des prothèses dentaires (à partir de 2020 et 2021) et certaines aides auditives (à partir de 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- la participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament)

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

D

DÉPENSES RÉELLES

Montant total des dépenses engagées par une personne pour ses Dépenses réelles prestations de santé.

F

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT

Frais correspondant aux facilités (lit, ...) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

FRANCHISE MEDICALE

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de:

- 0,50 € par boîte de médicaments,
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires. Certaines personnes en sont exonérées.

M

MATÉRIEL MEDICAL

Ce sont les biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

P

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV)

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

R

RESTE À CHARGE

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé.

T

TICKET MODÉRATEUR

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés.



**PAVILLON
PRÉVOYANCE**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin



Siège social : 90 avenue Thiers CS21004 – 33072 Bordeaux Cedex

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086.

LE SERVICE D'ASSISTANCE SANTÉ DE VOTRE MUTUELLE

0 810 032 033

Service 0,06 € / min
+ prix appel

24H / 24 - 7J / 7



PAVILLON
PRÉVOYANCE

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE
Ma mutuelle va plus loin

En cas d'urgence médicale à votre domicile...

PERMANENCE MÉDICALE

En cas d'urgence, le bon réflexe est d'appeler les services de secours publics (SAMU : 15, Pompiers : 18) ou votre médecin traitant.

Toutefois, nos médecins se tiennent à votre disposition, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour vous conseiller et, le cas échéant, déclencher les services appropriés si vous ne savez, sur le moment, à qui vous adresser.

Notre équipe psycho-sociale se tient également à votre disposition, du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés et chômés).

PERSONNEL MÉDICAL

En l'absence de votre médecin traitant, nous pouvons rechercher et organiser le passage d'un autre médecin à votre domicile. Nous pouvons aussi, sur prescription médicale, vous aider à rechercher une infirmière ou tout autre intervenant paramédical. Les frais de consultation et de soins seront pris en charge par PAVILLON PRÉVOYANCE dans la limite de vos garanties.

RÉSERVATION ET TRANSFERT À L'HÔPITAL

À votre demande et si votre état de santé le nécessite, sur prescription médicale, nous pouvons vous réserver une place en milieu hospitalier et organiser, sans prise en charge, votre transfert en ambulance vers l'établissement hospitalier le plus proche (dans un rayon de 50 km autour de votre domicile), ainsi que votre retour au domicile.

ACHEMINEMENT DES MÉDICAMENTS

Si personne de votre entourage n'est en mesure d'aller chercher les médicaments prescrits par votre médecin, nous organisons la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement (dans un rayon de 50 km autour de votre domicile).

Vous devez alors faire l'avance de leur coût, en demander le remboursement à la Sécurité sociale puis à PAVILLON PRÉVOYANCE.

TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

En cas de besoin, nous nous chargeons de transmettre, à vos proches, vos messages urgents par les moyens les plus rapides.

En cas d'hospitalisation...

Vous-même, ou votre conjoint(e), êtes hospitalisé(e) à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel pour une durée supérieure à 24 heures, nous vous faisons bénéficier, dès le 1^{er} jour, des garanties suivantes :

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit le transfert aller-retour, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit leur transfert aller-retour, accompagné(s), chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit leur prise en charge par une personne qualifiée à concurrence de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs,
- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et leur retour au domicile, dans la limite de cinq journées.

PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS

Si personne ne peut assurer la garde de vos ascendants dépendants à charge, nous organisons et prenons en charge :

- ➡ soit le transfert aller-retour, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- ➡ soit leur transfert aller-retour, accompagné(s), chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- ➡ soit leur prise en charge par une personne qualifiée à concurrence de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs.

PRÉSENCE D'UN PROCHE À VOTRE CHEVET

Si aucun de vos proches ne réside à proximité (moins de 50 km) de votre lieu d'hospitalisation, nous organisons et prenons en charge la présence à votre chevet d'un membre de votre famille résidant en France métropolitaine.

Nous mettons à sa disposition un titre de transport aller-retour et prenons également en charge ses frais d'hébergement sur place pendant 2 nuits à concurrence de 50 € par nuit (frais de nourriture compris).

GARDE DE VOS ANIMAUX DOMESTIQUES (chiens, chats, oiseaux...)

Vous ne savez à qui confier vos animaux domestiques, nous organisons et prenons en charge leur entretien au domicile ou leur garde dans un établissement spécialisé à concurrence de 30 jours.

AIDE À DOMICILE

Lorsque votre état de santé et/ou votre situation de famille le justifient, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide à domicile pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer :

➡ soit pendant votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement,

➡ soit dès votre sortie de l'établissement de soins, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet pas d'assumer,

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant de votre foyer, faire les courses quotidiennes, préparer les repas...

Cette garantie s'exerce à concurrence d'un maximum de 6 heures réparties sur 10 jours ouvrés consécutifs.

Le plafond de la garantie peut être porté de 6 à 10 heures maximum en cas : de présence au domicile d'un enfant de moins de 10 ans, d'un ascendant dépendant fiscalement à charge, d'un enfant handicapé, si vous vivez seul(e) ou si vous et/ou votre conjoint(e) est handicapé(e) ou dépendant(e).

Le nombre d'heures et la durée d'application sont dans tous les cas déterminés par notre service médical.

VOTRE HOSPITALISATION EST AMBULATOIRE...

Nous vous faisons bénéficier d'une aide à domicile à hauteur de 2 heures dans la semaine qui suit la date de retour au domicile.

En cas d'immobilisation à votre domicile...

Une maladie et/ou un accident corporel vous immobilise à votre domicile, sur prescription médicale, pour une durée supérieure à 5 jours, vous pouvez bénéficier, dès le 1^{er} jour, des garanties suivantes :

- AIDE À DOMICILE
- PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS
- PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS
- PRÉSENCE D'UN PROCHE
- GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

NB : Ces garanties s'exercent pendant votre immobilisation dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation des « grands séniors »...

TÉLÉASSISTANCE

Si vous êtes âgé(e) de 65 ans et plus et que vous vous trouvez isolé(e) pendant votre convalescence après une hospitalisation de plus de 15 jours, nous mettons gracieusement à votre disposition un service de téléassistance "PREVIFIL" pendant une durée de 3 mois.

Au-delà de cette période, nous pouvons, à votre demande, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

Cette garantie s'applique également pour toute hospitalisation d'une durée supérieure à 24 h dès lors que vous êtes âgé(e) de 75 ans et plus, afin de sécuriser, contre les chutes, votre retour au domicile et votre retour de convalescence.

En cas de chimiothérapie ou de radiothérapie...

AIDE À DOMICILE

À votre demande, nous mettons à votre disposition une aide à domicile à raison de 2 heures au cours des 48 heures qui suivent chaque séance de soins.

Spécial enfants...

GARDE D'ENFANT MALADE OU BLESSÉ

Si un problème médical imprévu (maladie soudaine ou accident corporel) oblige votre enfant de moins de 16 ans à rester immobilisé à votre domicile pendant plus de 48 heures alors que votre activité professionnelle ne vous permet pas de rester à son chevet, nous vous proposons d'organiser et de prendre en charge :

- soit le transfert aller-retour, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit sa garde, à votre domicile, par une personne qualifiée à concurrence de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs.

NB : Cette garantie ne s'applique en principe qu'une fois épuisés les droits à « congés pour garde d'enfant malade » des parents salariés.

SOUTIEN PÉDAGOGIQUE À DOMICILE

Si votre enfant est immobilisé à votre domicile à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel pour une durée supérieure à 15 jours, nous mettons à sa disposition, dès le 1er jour, les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera, dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin.

Cette garantie s'exerce pour tout enfant scolarisé (CP à la Terminale) à concurrence de 2 heures par journée d'absence (hors jours fériés et périodes de vacances scolaires), tant que votre enfant n'est pas en mesure de retourner en classe, et à concurrence de 6 semaines. La garantie cesse en tout état de cause à la fin de l'année scolaire.

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE LA « NOUNOU »

La personne salariée en charge de votre (vos) enfant(s) lorsque vous travaillez a un problème de santé imprévu (hospitalisation de plus de 24 h ou immobilisation au domicile de plus de 48 h consécutives à une maladie soudaine ou à un accident corporel), nous organisons et prenons en charge :

- soit la mise à disposition d'une personne qualifiée à concurrence de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs,
- soit le transfert aller-retour, à votre domicile, d'un proche résidant en France métropolitaine ou le transfert des enfants au domicile de celui-ci.

En cas de maternité...

AIDE À DOMICILE

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, nous mettons à votre disposition une aide à domicile à concurrence de 10 heures réparties sur la semaine suivant votre retour au domicile.

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS

En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours, si personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- soit le transfert aller-retour, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit leur transfert aller-retour, accompagné(s), chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine,
- soit leur prise en charge par une personne qualifiée à concurrence de 30 heures réparties sur 30 jours ouvrés consécutifs,
- soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et leur retour au domicile, dans la limite de cinq journées.

AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE

En cas de 1^{ère} maternité ou de naissance multiple (jumeaux, triplés...) nous mettons à votre disposition une auxiliaire de puériculture (Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale - T.I.S.F.) à votre domicile à concurrence de 3 heures au cours de la semaine qui suit votre retour au domicile.

Spécial étudiants...

Vous êtes âgé(e) de 18 à 28 ans et suivez des études supérieures, nous mettons à votre disposition les garanties suivantes :

AIDE À LA POURSUITE DES ÉTUDES

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à votre domicile pour une durée supérieure à 15 jours à la suite d'une maladie soudaine ou d'un accident corporel, nous organisons et prenons en charge le portage de vos cours et les frais afférents (photocopies...) à concurrence de 150 €.

AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

Nous mettons à votre disposition un service d'informations « déménagement » portant principalement sur les thèmes suivants : coordonnées d'entreprises de déménagement, formalités et démarches à accomplir...

Lorsque votre déménagement est rendu nécessaire par le cursus universitaire, nous recherchons et mettons à votre disposition, un véhicule utilitaire de location. Cette prise en charge est limitée à 300 € TTC maximum et limitée à 1 intervention par année universitaire.

Spécial emploi...

INFORMATIONS PRATIQUES

Nous sommes à votre disposition pour effectuer un accompagnement personnalisé par téléphone et vous délivrer des informations juridiques, administratives et sur le droit du travail.

ASSISTANCE EMPLOI

À la suite d'un licenciement, nous vous aidons à la constitution d'un dossier, vous mettons en relation avec un cabinet spécialisé en recherche d'emploi afin de réaliser un bilan de votre situation et vous conseillons pour la rédaction des CV et lettres de motivation.

NB : La demande doit être formulée dans les 30 jours suivant le licenciement.

PARTICIPATION AUX FRAIS DE DÉPLACEMENT

Vous-même ou votre conjoint(e) êtes demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi depuis plus de 3 mois et êtes convoqué(e) à un entretien d'embauche situé à plus de 200 km de votre domicile, nous prenons en charge vos frais de déplacement à concurrence de 150 €, ainsi que vos frais d'hébergement sur place à concurrence de 50 €.

NB : cette garantie intervient (dans la limite des frais engagés) en complément de la participation de Pôle Emploi, auprès duquel vous devez préalablement effectuer une demande de prise en charge.

Un décès survient dans votre famille...

En cas de décès de l'un des parents, nous faisons immédiatement bénéficier les autres membres de la famille des garanties suivantes :

- AIDE À DOMICILE
- PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS
- PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS DÉPENDANTS
- PRÉSENCE D'UN PROCHE
- GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

NB : Ces garanties s'exercent dans les mêmes conditions qu'en cas d'hospitalisation.

ACCOMPAGNEMENT OBSÈQUES

Sur demande, nous pouvons mettre à votre disposition une personne qualifiée et son véhicule pour vous assister dans l'accomplissement des démarches administratives les plus urgentes à concurrence de 4 heures consécutives dans le mois qui suit le décès.

Nous pouvons également vous faire l'avance des frais d'obsèques, à concurrence de 3 000 €, contre engagement de remboursement dans un délai d'un mois.

En cas de grave problème de santé ou de décès...

Si un grave problème de santé (maladie ou accident) ou le décès d'un proche viennent à affecter votre foyer, nous pouvons vous aider à surmonter l'épreuve en vous faisant bénéficier des prestations d'accompagnement suivantes :

ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL

Une assistante sociale est à votre disposition pour réaliser un bilan de votre situation individuelle et vous informer sur les aides dont vous pouvez bénéficier.

Celle-ci peut également vous assister, si vous le souhaitez, dans vos démarches auprès des organismes appropriés.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Un psychologue clinicien est là pour vous écouter et vous apporter, à la faveur de 3 entretiens téléphoniques, le soutien et le réconfort dont vous avez peut-être besoin.

Si vous le souhaitez, nous pouvons ensuite vous mettre en relation avec un psychologue proche de votre domicile. Nous prenons alors à notre charge la 1^{ère} consultation, dans la limite de 60 € TTC, les frais de consultation suivants restent à votre charge.

Assistance « aux aidants »

Vous ou votre conjoint(e) êtes « aidant » de l'un de vos proches dépendant en situation de perte d'autonomie ou de handicap, nous vous faisons bénéficier des garanties suivantes :

RENSEIGNEMENT SUR LA DÉPENDANCE

Nous vous communiquons les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de la dépendance de votre proche (droits et démarches à effectuer) et vous mettons en contact avec les organismes concernés.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Vous pouvez contacter notre équipe médico-psycho-sociale qui vous assurera une écoute adaptée, avec 3 consultations téléphoniques. De même, nous pourrons ensuite vous orienter vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique. Nous prenons en charge la 1^{ère} consultation dans la limite de 60 € TTC.

ACCOMPAGNEMENT D'UN PROCHE DÉPENDANT

Lorsque vous devez vous absenter ou que vous êtes victime d'un problème de santé, nous réalisons à votre demande un entretien téléphonique au sujet de votre proche dépendant/handicapé dont vous occupez avec pour objectif de vous informer sur les mesures à prendre pour l'aider, établissons un plan d'aide à domicile et organisons des services à domicile (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.). Les frais liés aux prestations restent à votre charge.

AIDANT DE « REMPLACEMENT »

Vous êtes hospitalisé(e) plus de 24 heures ou immobilisé(e) plus de 5 jours à la suite d'une maladie imprévue ou d'un accident corporel, nous organisons et prenons en charge : la venue d'une auxiliaire de vie ou d'une aide à domicile à concurrence de 30 heures réparties sur 5 jours ou bien la venue de l'un de vos proches, habitant en France métropolitaine, pour garder votre proche dépendant/handicapé à son domicile.

SERVICES D'ASSISTANCE « À LA CARTE »

Nous vous aidons dans la recherche des prestataires de services (livraison de repas, de courses, de médicaments ; la garde des petits-enfants, des animaux ; services de proximité etc.) et nous chargeons de la mise en relation si nécessaire.

AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Nous vous aidons dans la constitution du dossier lié à la dépendance de votre proche devenu dépendant (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée...).

BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

A votre demande, notre équipe (composée de médecins, d'assistantes sociales...) réalise un « bilan prévention autonomie » qui aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (isolement social, entretien du domicile...) pour le maintien à domicile de votre proche dépendant/handicapé.

BILAN DE SITUATION

En cas de changement de situation (GIR ou handicap) de votre proche dépendant/handicapé, nous organisons et prenons en charge la venue d'une infirmière à son domicile (3 heures) qui vous délivrera des conseils en fonction de sa pathologie et/ou son état de santé ainsi qu'une formation aux gestes à effectuer au quotidien.

AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS

Nous recherchons et vous indiquons les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir de façon temporaire ou permanente votre proche dépendant/handicapé.

Si vous le souhaitez, nous pouvons lui réserver un lit en établissement spécialisé le plus proche de son domicile ou le plus apte à répondre à ses besoins (sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places). Le coût du lit reste à votre charge.

CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALES

Notre équipe peut vous aider à établir un état des dépenses et des revenus. Nous vous informons sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de la situation financière et sociale de votre proche dépendant/handicapé et le cas échéant vous mettons en relation avec les services sociaux locaux.

TRANSPORT POUR UN EXAMEN OU UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL

Nous organisons et prenons en charge votre transport (non médicalisé) au lieu du rendez-vous situé dans un rayon de 50 km autour de votre domicile.

MAINTIEN DANS L'EMPLOI D'UN PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

Nous vous informons et vous orientons, afin de maintenir l'emploi de votre proche dépendant/handicapé dans tous les domaines.

AMÉNAGEMENT DU DOMICILE OU DU VÉHICULE DU PROCHE DÉPENDANT OU HANDICAPÉ

Nous organisons l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui apportera aide et conseils pour l'adaptation du logement ou du véhicule de votre proche dépendant/handicapé.

En cas de perte d'autonomie...

Vous ou votre conjoint(e) êtes en état de dépendance, nous vous proposons ainsi qu'à vos proches les prestations d'assistance suivantes :

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERTE D'AUTONOMIE

Nous vous communiquons les informations nécessaires dans le cadre de la survenance de votre état de dépendance (droits et démarches à effectuer) et vous mettons en contact avec les organismes concernés.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Vous pouvez contacter notre équipe médico-psycho-sociale qui vous assurera une écoute adaptée, avec 3 consultations téléphoniques. De même, nous pourrons ensuite vous orienter vers les professionnels assurant une prise en charge psychologique. Nous prenons en charge la 1^{ère} consultation dans la limite de 60 € TTC.

ACCOMPAGNEMENT DÉPENDANCE

Lorsque votre aidant doit s'absenter ou s'il est victime d'un problème de santé, nous réalisons à votre demande un entretien téléphonique avec pour objectif de l'informer sur les mesures à prendre pour vous aider, établissons un plan d'aide à domicile et organisons des services à domicile (livraison de repas, de courses, de médicaments, aide-ménagère etc.). Les frais liés aux prestations restent à votre charge.

AIDE À LA CONSTITUTION DE DOSSIER

Nous vous aidons dans la constitution du dossier lié à votre état de dépendance (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée...).

BILAN PRÉVENTION AUTONOMIE

À votre demande ou à celle de votre aidant, notre équipe (composée de médecins, d'assistantes sociales...) réalise un « bilan prévention autonomie » qui aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (isolement social, entretien du domicile...) pour votre maintien à domicile.

BILAN DE SITUATION

Si votre situation change (GIR ou handicap), nous organisons et prenons en charge la venue d'une infirmière à votre domicile (3 heures) qui vous délivrera des conseils en fonction de votre pathologie et/ou votre état de santé ainsi qu'une formation aux gestes à effectuer au quotidien.

AIDE À LA RECHERCHE D'ÉTABLISSEMENTS TEMPORAIRES OU PERMANENTS

Nous recherchons et vous indiquons les établissements médicaux spécialisés qui peuvent vous recevoir de façon temporaire ou permanente.

Si vous le souhaitez, nous pouvons vous réserver un lit en établissement spécialisé le plus proche de votre domicile ou le plus apte à répondre à vos besoins (sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places). Le coût du lit reste à votre charge.

CONSEIL EN RESSOURCES SOCIALE

Notre équipe peut vous aider à établir un état des dépenses et des revenus. Nous vous informons sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de votre situation financière et sociale et le cas échéant nous mettons en relation avec les services sociaux locaux.

MAINTIEN DANS VOTRE EMPLOI

Nous vous informons et vous orientons, afin de maintenir votre emploi, dans tous les domaines.

AMÉNAGEMENT DE VOTRE DOMICILE OU DE VOTRE VÉHICULE

Nous organisons l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou autre) qui apportera aide et conseils pour l'adaptation de votre logement ou de votre véhicule.

Module TNS | « Homme-clé » de l'entreprise

Vous êtes travailleur non salarié ou « homme-clé » de l'entreprise : en cas d'incapacité temporaire de travail, décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, nous mettons à votre disposition les garanties suivantes :

AIDE A LA POURSUITE DE VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE

👉 **Accompagnement au travail** : si selon votre fiche d'aptitude, votre état de santé le permet, nous assurons votre accompagnement de votre domicile jusqu'à votre lieu de travail (prise en charge de 500 € TTC maximum pour les 2 prestations cumulées « Accompagnement au travail » et « suivi de courrier »).

👉 **Suivi de courrier** : en cas d'hospitalisation supérieure à 15 jours ou d'immobilisation, nous organisons et prenons en charge le portage de documents professionnels à votre domicile ou au lieu de votre hospitalisation (prise en charge de 500 € TTC maximum pour les 2 prestations cumulées « Accompagnement au travail » et « suivi de courrier »).

👉 **Recherche Homme-clé intérimaire** : nous vous aidons dans la recherche d'un intérimaire pouvant vous remplacer (diffusion d'annonces, mise en relation avec des cabinets de recrutement spécialisés, etc.). Les frais engagés sont à votre charge.

👉 **Accompagnement psychologique** : en cas de difficultés d'ordre professionnel, vous pouvez être mis en relation avec un psychologue clinicien qui vous assurera une écoute adaptée. Nous prenons en charge 5 entretiens téléphoniques par année civile. Sur simple demande, nous vous orienterons vers un psychologue proche de votre domicile et prendrons en charge la 1^{ère} consultation à concurrence de 60 € TTC.

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

👉 **Assistance juridique et fiscale pour votre conjoint(e) et vos enfants à charge** :

- Aide à la recherche de cabinets de recrutement,
- Aide à la recherche d'organismes de formation,
- Aide à la recherche de structures de conseils pour les héritiers de l'entreprise : administrateurs judiciaires, consultants, cabinets d'expertise comptable, organismes juridiques spécialisés, organismes mettant en relations les héritiers et les repreneurs d'entreprises (chambres de commerce, etc.),
- Aide à la recherche d'experts : experts-comptables, administrateurs, etc.,
- Recherche d'organismes compétents pour aider l'entreprise à sauvegarder son image à l'extérieur : partenaires, clients, médias...,
- Assistance téléphonique concernant la résolution des questions administratives et juridiques dans le cadre du rachat des parts de l'Homme-Clé.

Les frais engagés sont à la charge de votre famille ou de votre entreprise.

Spécial infos...

SERVICE INFO SANTÉ

Votre santé est votre bien le plus précieux... et nous vous aidons à la préserver en apportant des réponses claires aux questions que vous vous posez, notamment dans les domaines suivants :

- ▶ Prévention : vaccinations, prévention bucco-dentaire, allergies, diététique, dépistage et prévention des cancers, des maladies cardio-vasculaires... ;
- ▶ Mode de vie : facteurs de risques et hygiène de vie (tabac, drogue, alcool, pollution, alimentation, sport...) ;
- ▶ Techniques nouvelles : soins palliatifs, chirurgie ambulatoire, médecines douces, transplantations et greffes... ;

- 🔍 Examens médicaux : informations sur la nature des divers examens et analyses (radiologie, biologie, scanners, IRM, échographie...);
- 🔍 Données administratives : aides au maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge de la dépendance, structures d'accueil médicalisées...;
- 🔍 Coordonnées utiles : centres de consultation spécialisés, associations de patients, établissements spécialisés (rééducation, désintoxication, thermalisme...).

INFORMATIONS JURIDIQUES ET « VIE PRATIQUE »

Nous sommes à votre disposition, pour vous fournir toutes informations juridiques et « vie pratique » concernant votre vie privée : habitation/logement, consommation, vacances/loisirs, formalités/cartes/permis, services publics, enseignement/formation, justice/défense/recours, sociétés/commerçants/artisans/affaires, assurances sociales/allocations/retraites, impôts/fiscalité, famille...

INFOS / ORIENTATION ASSISTANCE

Lorsque votre demande sort du champ d'application de PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE, ou que la prestation prévue par notre service d'assistance s'avère insuffisante, nous vous proposons de faire le point avec vous des garanties substitutives ou complémentaires dont vous pourriez bénéficier par ailleurs.

POUR LE BON USAGE DES GARANTIES...

👉 *Qui peut en bénéficier ?*

L'accès au service d'assistance est réservé exclusivement à vous-même, adhérent de PAVILLON PRÉVOYANCE, au titre de votre garantie santé et pour autant qu'ils bénéficient de celle-ci, votre conjoint(e) de droit ou de fait et vos enfants à charge fiscale. Vous perdez les avantages de ce service dès que vous n'êtes plus adhérent à PAVILLON PRÉVOYANCE.

👉 *Dans quelles circonstances ?*

PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE est à vos côtés lorsqu'un problème de santé (accident corporel ou maladie) vient chambouler votre quotidien...et que, dans l'urgence, vous ne savez comment faire face à vos obligations : entretien du foyer, garde des enfants, prise en charge des animaux domestiques...

Si nous mettons alors tout en oeuvre pour vous venir en aide, nous ne pouvons cependant nous substituer à la responsabilité et à la solidarité de votre entourage, de même qu'aux prestations auxquelles vous donnent droit les organismes sociaux.

C'est pourquoi les garanties de PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières, et lorsque vos proches ne sont pas en mesure de vous prodiguer l'aide requise par les circonstances !

👉 *Comment s'exercent-elles ?*

Les prestations de PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE sont organisées par nos soins sur simple appel téléphonique de votre part. La durée d'application des garanties et leur montant de prise en charge sont dans tous les cas déterminés par nos services, et cela en fonction de la nature de l'évènement, et de ses conséquences pour les bénéficiaires.

L'application des garanties nécessitant l'intervention d'un prestataire (aide à domicile, répétiteur scolaire, etc.) est bien entendu subordonnée à la disponibilité des intervenants locaux appropriés.

CAS NON GARANTIS PAR PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE

Afin de faire bénéficier le plus grand nombre d'entre vous du meilleur service, certains événements ne peuvent être garantis, notamment :

- 🔍 Les frais engagés sans notre accord préalable,
- 🔍 Les états résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par l'article R234-1 du Code de la route), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement,
- 🔍 La tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion...

POUR BÉNÉFICIER DE NOS SERVICES...

... RIEN DE PLUS SIMPLE

Composez le

0 810 032 033

Service 0,06 € / min
+ prix appel

Vous pouvez également nous joindre en appelant le **01 70 36 41 30**

Indiquez-nous

votre numéro d'accès au service (F17S0504),
puis votre numéro d'adhérent à PAVILLON PRÉVOYANCE.

Exposez-nous

votre problème...
et nous vous trouverons une solution.

IMPORTANT

Surtout, n'organisez aucune prestation et n'engagez aucuns frais
sans nous avoir préalablement contactés au **0810 032 033**
et sans avoir obtenu un accord de prise en charge
(communication d'un n° de dossier).



SERVICE ASSISTANCE : 90 avenue Thiers CS 21004 – 33072 Bordeaux Cedex

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086

PAVILLON PRÉVOYANCE ASSISTANCE est garanti par FILASSISTANCE INTERNATIONAL

S.A. au capital de 3 500 000 € - 433 012 689 RCS NANTERRE - Entreprise régie par le Code des Assurances - 108 Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD

Ce document est une brochure d'information, et n'est donc pas contractuel.

Les dispositions générales de la convention d'assistance correspondante vous seront remises sur simple demande écrite à Pavillon Prévoyance et/ou sont consultables sur leur site internet.