

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PAVILLON PREVOYANCE - Le site Internet mutuelle-internet.com est géré par Pavillon Prévoyance, union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II, Siren n° 442 978 086

Produit : PEPS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, maison de repos et de convalescence, centre de rééducation, frais d'accompagnement, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, consultations psychologues remboursables (dispositif "Mon soutien psy"), médicaments remboursables, vaccin antigrippal, télésurveillance médicale remboursable
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles acceptées), chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, inlay, onlay, inlay-core, prothèse et orthodontie acceptées)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives : panier 100% santé (aide auditive de classe I par oreille), hors panier 100% santé (aide auditive de classe II par oreille) prothèses capillaires, mammaires et oculaires, fauteuil roulant
- ✓ **Prévention** : cure thermale, médecine douce (homéopathie, ostéopathie, acupuncture, chiropractie-réflexologie, étiothérapie, consultations psychologue, psychomotricien)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Autres vaccins, fauteuil handicapé, cure thermale (honoraires et frais d'établissement), lentilles refusées, chambre particulière (avec ou sans nuitée), parodontologie refusée, implantologie refusée, orthodontie refusée, prévention (sevrage tabagique (ostéodensitométrie non remboursable – amniocentèse, contraception, podologie – diététique – allergologie, auto-tensiomètre)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), service d'analyse de devis, E-service (compte en ligne...), service conseillère sociale, téléconsultation (service en partenariat avec la plateforme e-santé Maïia), avis médical d'expert (service en partenariat avec deuxiemeavis.fr)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation
- ✓ Prise en charge des enfants, proche dépendant...

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus ou prescrits en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux
- ✗ Toutes les prestations non remboursées par l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) et ne figurant pas sur la fiche produit



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Maternité** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation pendant les 10 premiers mois suivant l'adhésion (dépassements d'honoraires, forfait naissance et chambre particulière non pris en charge)
- ! **Chambre particulière** : avec nuitée uniquement, remboursement de 60 jours en hospitalisation médicale, de 30 jours par an en séjour psychiatrique ou alcoologie, de 30 jours par an dans les services de réadaptation, rééducation et maison de convalescence, 10 jours par an en maternité. Remboursements après 6 mois d'adhésion (10 mois en cas de maternité)
- ! **Frais d'accompagnement** : limitation à 10 jours. Limité aux moins de 18 ans et à partir de 70 ans.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Tous forfaits (hors forfait journalier hospitalier) et dépassements (hors hospitalisation)** : remboursement après 6 mois d'adhésion pour les 75 ans et plus



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement et en complément du régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.
- Régler la cotisation selon les modalités choisies.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés pour le paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- L'adhérent et/ou l'ayant droit s'engage à transmettre à la mutuelle dans le délai d'un mois de sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation : adresse, état civil, naissance/mariage/décès, changement de situation au regard de l'AMO et tout changement dans leur régime (étudiant, salarié, demandeur d'emploi), pouvant dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (année, semestre) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat fixée d'un commun accord est indiquée au bulletin d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez le représentant de la mutuelle, par acte extrajudiciaire, par courriel à l'adresse resiliation@pavillon-prevoyance.fr, ou via l'Espace adhérent :

- au moins deux mois avant le 31 décembre ;
- à compter du 12^{ème} mois d'adhésion, à tout moment et sans frais ni pénalités ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- sous réserve de la transmission des justificatifs requis, et dans les conditions visées dans la documentation contractuelle :
 - o en cas de fermeture des droits à l'assurance maladie obligatoire ;
 - o lors de la mise en place par votre employeur d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
 - o en cas de souscription d'un contrat « Complémentaire santé solidaire » ;
 - o en cas de décès d'un adhérent ou d'un ayant droit.

Selon conditions générales CGMI et contrats spécifiques - Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2024). Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, en pourcentage du Plafond mensuel de la Sécurité sociale ou en forfait en euros. Toutes les prestations sont accordées dans la limite des frais réellement engagés. Contrat " responsable et solidaire ".

GARANTIES

COUVERTURE TOTALE

Incluant la part de l'Assurance Maladie Obligatoire

HOSPITALISATION		
Frais de séjour et forfait journalier hospitalier		100 %
Soins - Médecins adhérents ou non à un DPTM*		100 %
Honoraires praticiens	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM 	400 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 200 % ⁽¹⁾⁽²⁾
Convalescence, centre de rééducation		100 %
Frais d'accompagnement		1,5 % PMSS** 10 jours maxi. Pour les - de 18 ans et à partir de 70 ans
Chambre particulière sans nuitée		1 % PMSS** Maxi./jour
Chambre particulière avec nuitée		2,5 % PMSS** Maxi./jour
TRANSPORT		100 %
SOINS COURANTS		
Médecins généralistes et spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM 	170 % ⁽²⁾ 130 % ⁽²⁾
Actes techniques médicaux et imagerie médicale	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM 	200 % ⁽²⁾ 180 % ⁽²⁾
Analyses et examens de laboratoire		150 %
Honoraires paramédicaux - Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie		150 %
Psychologues remboursables "Mon soutien psy"		100 % Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif Mon soutien psy
Médicaments remboursables		100 %
Vaccin antigrippal		100 %
Autres vaccins		40 € ⁽³⁾
Télésurveillance remboursable		100 %
PROTHÈSE		
Orthopédie et petit appareillage remboursés		120 %
Fauteuil roulant		100 % + FORFAIT 600 € ⁽⁴⁾
Capillaire, mammaire, oculaire		120 % Dans la limite d'un plafond annuel de 300 € par type de prothèse
AIDE AUDITIVE ⁽⁵⁾		
Panier 100% santé ***	<ul style="list-style-type: none"> Aide auditive de classe I par oreille 	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> Aide auditive de classe II par oreille 	250 % Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
DENTAIRE ⁽⁶⁾		
Panier 100% santé ***	<ul style="list-style-type: none"> Soins et prothèses 100% santé 	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> Soins Inlay, onlay Inlay-core Prothèse dentaire acceptée Parodontologie refusée Implantologie refusée Orthodontie acceptée Orthodontie refusée 	100 % 150 % 300 % 300 % 150 € 300 € 300 € 200 € Par semestre
OPTIQUE		
Panier 100% santé ***	<ul style="list-style-type: none"> Monture + verres 100% santé 	100 % Remboursement intégral
Hors panier 100% santé	<ul style="list-style-type: none"> Enfants - Jusqu'à 16 ans Monture et verres Adultes Monture et verres Lentilles acceptées Lentilles refusées 	100 % + FORFAIT/AN ⁽⁷⁾ (RO et TM inclus) Monture : 50 € - Verres simples ⁽⁸⁾ : 2 x 60 € Verres complexes ou très complexes ⁽⁸⁾ : 2 x 115 € 100 % + FORFAIT/2 ANS ⁽⁷⁾ (RO et TM inclus) Monture : 90 € - Verres simples ⁽⁸⁾ : 2 x 80 € Verres complexes ⁽⁸⁾ : 2 x 120 € - Verres très complexes ⁽⁸⁾ : 2 x 155 € 100 % + FORFAIT 150 €/AN (TM inclus) 150 € ⁽³⁾
Chirurgie réfractive		150 € Par œil
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Cure thermale : forfait établissement Cure thermale : honoraires de surveillance		100 % + FORFAIT 150 €/AN/pers. ⁽⁹⁾
Forfait médecine douce (consultations) : Homéopathie - Ostéopathie - Acupuncture ⁽¹⁰⁾ - Chiropractie - Réflexologie Etiopathie		120 € ⁽¹¹⁾
Psychologue, psychomotricien		60 € ⁽¹¹⁾
Sevrage tabagique - Ostéodensitométrie non remboursable - Amniocentèse - Contraception		50 € Par type ⁽³⁾
Podologie - Diététique - Allergologie		25 € Par spécialité ⁽³⁾
Auto-tensiomètre		80 % ⁽¹²⁾
ASSISTANCE SANTÉ - Gratuit 24h24 - 7j/7 Aide ménagère, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile		

Plafond de remboursement annuel par bénéficiaire (en année glissante, hors soins et orthodontie acceptés) :
1 500 € la 1^{re} année, 2 000 € à partir de la 2^e année dans la garantie

Forfait Lunettes Jusqu'à 280 €/an

Forfait Lunettes Jusqu'à 400 €/2 ans

0 811 656 626

Service 0,05 €/min + prix appel

ou contact@mutuelle-internet.com pour toutes les questions pratiques sur votre garantie santé.

Courrier : Mutuelle Internet - 90 avenue Thiers - 33100 Bordeaux

Lundi au vendredi 8 h 30 à 18 h 30



Pas de questionnaire médical - Prise en charge immédiate ⁽¹³⁾ - Tiers payant (Pas d'avance de frais) ⁽¹⁴⁾
Prestation sous 48h - Gratuité enfant à partir du 3^e ⁽¹⁵⁾ - Réseaux de soins - Plateforme e-santé en partenariat avec Maiaa ⁽¹⁶⁾
Deuxième avis médical en partenariat avec deuxiemeavis.fr ⁽¹⁷⁾ - Découvrez nos assurances sur le site, rubrique Mon Assurance.

* DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. ** PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale - Se reporter au PMSS en vigueur à la date des soins. *** Prise en charge à 100 % du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente. (1) Selon la nature de l'intervention ou des soins. (2) Pas de prise en charge hors parcours de soins coordonnés de la diminution du taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et des dépassements d'honoraires. Remboursement des dépassements d'honoraires minoré pour les médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM. (3) Forfait annuel. (4) Sur décision après présentation d'un dossier auprès de la commission d'aide sociale. (5) Dans la limite des dépenses réelles par appareillage. Limité à un appareil tous les quatre ans. (6) Actes soumis à la réglementation CCAM. (7) À compter de la date d'acquisition de l'équipement optique : limité à une monture et deux verres, une fois tous les deux ans, excepté pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue : tous les ans. (8) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans les conditions générales en vigueur. (9) Sur prescription médicale. (10) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (11) Forfait annuel dans la limite de 30 € par acte. (12) 80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an par famille. (13) Pour les moins de 75 ans, pour toute adhésion santé sauf chambre particulière et maternité. (14) Sur l'ensemble des prestations obligatoires de votre contrat responsable. (15) Voir conditions dans les documents réglementaires. (16) Maiaa n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (17) Le service d'avis médical deuxiemeavis.fr permet avant une décision médicale importante ou en cas de problème de santé sérieux, l'avis écrit d'un médecin spécialiste de votre pathologie en moins de 7 jours (alors qu'il faut souvent plusieurs mois pour un rendez-vous avec ces spécialistes). Plus de 350 spécialistes référencés et plus de 750 pathologies couvertes (endométriose, problèmes orthopédiques, cancer ...), sur la base d'un dossier médical complet, sans se déplacer, assistance téléphonique. Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend ni en charge le montant des participations forfaitaires dues pour chaque consultation ou acte médical réalisé par un médecin ou tout acte biologique, ni les franchises médicales appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire. Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou réajuster ses prestations si le taux de remboursement de la Sécurité sociale est modifié.