

NOTICE D'INFORMATION

ÉDITION 1^{ER} JANVIER 2018



**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

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

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 informé 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 de l'adhérent

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.

• Résiliation à l'initiative de l'adhérent

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 la date d'échéance.

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.

Article 8 : Suspension de la garantie

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues à l'article 17 « Défaut de paiement » ci-après.

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.

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 : Risques exclus

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 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 fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent : ce dernier est informé des faits qui lui sont reprochés et est invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut alors être prononcée, le recouvrement des sommes indûment payées engagé ;
 - 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 29.13 (Prestations contrat responsable et solidaire) du présent règlement.

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

Dans le cas où des prestations exclues viendraient à être remboursées à un adhérent ou à ses ayants droit, LA MUTUELLE se subroge de plein droit à ces derniers, victimes de l'accident, dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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 18 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

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, pour être recevables, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date de réalisation définitive de l'acte ou des dépenses consécutives à la maladie.

Toute action dérivant du contrat collectif se prescrit, selon les dispositions prévues à l'article L. 221-11, par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court que du jour :

- 1 • où LA MUTUELLE en a eu connaissance, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent ;
- 2 • où les intéressés en ont eu connaissance, en cas de réalisation du risque, 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.

Chapitre 4

COTISATIONS

Article 15 : Fixation et évolution des cotisations

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

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé ou du sexe de l'adhérent, ni en fonction de la nature de son emploi.

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'évènement.

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 ;
- accroissement de la sinistralité de la garantie ;
- modification législative ou réglementaire (exemple : hausse des taxes et contributions).

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

Lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, en vertu des dispositions de l'article L. 221-8-II du code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent. La garantie suspendue reprend effet à midi le lendemain du jour où (sauf décision différente de LA MUTUELLE) ont été payées les cotisations dues, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Le membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner : à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de sa garantie.

La radiation de l'adhérent peut être prononcée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné au 2^{ème} alinéa.

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 -ipso facto- 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 un médecin, un dentiste ou 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

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 CS 21004 - 33072 BORDEAUX CEDEX.

Tout différent survenant à la suite du traitement d'une réclamation sera soumis préalablement à toute action en justice, au médiateur désigné par la Fédération 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/

La médiation fédérale mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

Chapitre 9

INFORMATIONS LÉGALES

Article 25 : Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de LA MUTUELLE conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales sans l'autorisation de l'adhérent. L'adhérent ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de LA MUTUELLE, ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à LA MUTUELLE à l'adresse de son siège social.

Article 26 : Convention de substitution

En application de l'article L211-5 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 à l'adhésion est de 80 ans.

Article 28 : Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

- **28.1** Le conjoint, concubin, ou le signataire d'un PACS, 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 et sont inscrits à ce titre à la Sécurité sociale des étudiants ou à l'assurance personnelle.
 - sont apprentis pour autant que leurs rémunérations n'excèdent pas les 55 % du S.M.I.C.
 - sont demandeur d'emploi ou en emploi précaire et si leur rémunération perçue n'est pas supérieure à 55 % du S.M.I.C.
 - qui sont atteints, quel que soit leur âge, d'une infirmité qui leur ouvre droit à l'allocation d'adulte handicapé.

Les enfants recueillis ou adoptés, les personnes dont la tutelle a été confiée à l'affilié, et les enfants du conjoint ou du concubin qui bénéficient de la Sécurité sociale sur le compte de l'affilié sont reconnus à charge, tant qu'ils remplissent les conditions énumérées ci-dessus.

- **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 votre niveau de garantie (se reporter au descriptif de votre garantie), vous bénéficiez 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 laissé 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 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 fiche 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.

e) 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 dites « esthétiques », 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 prothèses dentaires transitoires,
- 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 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.

• 29.6 Appareillage

LA MUTUELLE prend en charge au titre de l'appareillage :

- le petit appareillage médicalement prescrit et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Conditions de prise en charge : le taux de remboursement 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.

Exclusion :

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

• 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 Naet,
- Naturopathie,
- 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 nicotiniques (patches, 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 diététicien, podologue, podologue en diabétologie, allergologue,
- 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 :

- l'intégralité du ticket modérateur ⁽¹⁾.
- le Forfait journalier des établissements hospitaliers au sens de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.
- les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnées à l'article L.162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.
- les dépenses d'acquisition des équipements optiques dans les conditions suivantes :
 - a) Au minimum 50 € et au maximum 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6.00 et + 6.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4.00 dioptries.
 - b) Au minimum 125 € et au maximum 610 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c).
 - c) Au minimum 200 € et au maximum 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6.00 à + 6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
 - d) Au minimum 125 € et au maximum 660 € par équipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f).
 - e) Au minimum 200 € et au maximum 800 € par équipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f).

f) Au minimum 200 € et au maximum 850 € par équipement pour adultes à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8.00 à + 8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

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 sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où il 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.

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

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

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 18 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...) ...



**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.