

 Contrat collectif facultatif - SUD SNPE ROXEL - G1097 Garantie Complémentaire Santé déterminée dans le respect du parcours de soins coordonnés sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des dépenses réelles Selon les conditions du contrat et de la notice d'information NICCO et sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1er octobre 2023) Descriptif des prestations				
GARANTIES	Taux de remboursement Sécurité sociale	Prestations MUTUELLE	Remboursement TOTAL	COMMENTAIRES
HOSPITALISATION ☒ Forfait journalier hospitalier ☒ Séjour chirurgical et médical ☒ Soins hospitaliers Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM* ☒ Traitement du cancer Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM* ☒ Accouchement Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM* ☒ Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour ☒ Frais d'accompagnement ☒ Pharmacie extra-usuelle ☒ Hospitalisation en urgence ☒ Chambre particulière sans nuitée ☒ Chambre particulière avec nuitée	- 80% ou 100%(1) 80% ou 100%(1) (2) 80% ou 100%(1) (2) 100% 100% 100% 100% 80% ou 100%(1) Néant Néant Néant Néant Néant Néant	100% 20%(1) 20% à 80%(1) (2) 20% à 60%(1) (2) 40% à 60%(1) (2) 20% à 40%(1) (2) 60%(2) 40%(2) 20%(1) 260 € 61 € 30 € 57 € 49 €	100% 100% 100% à 160%(1) (2) 100% à 140%(1) (2) 140% à 160%(1) (2) 120% à 140%(1) (2) 160%(2) 140%(2) 100% 275 € 160 € 260 € 61 € 30 € 57 € 49 €	Des dépenses réelles, prise en charge illimitée <i>Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital.</i> Soins à 100%, imagerie médicale à 140%, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 160% Soins à 100%, imagerie médicale à 120%, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes à 140% Imagerie médicale à 140%, chirurgiens et anesthésistes à 160% Imagerie médicale à 120%, chirurgiens et anesthésistes à 140% Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée 27,50 €/jour dans la limite des dépenses réelles, soit 10 jours max. par hospitalisation Limité aux dépenses réelles et 1 fois par an et par bénéficiaire. Produits non remboursables en hospitalisation médicale par l'Assurance Maladie Obligatoire Intervention chirurgicale à l'étranger. Hospitalisation hors Gironde Maxi/jour Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière Séjour illimité en chirurgie y compris maternité 60 jours maxi en hospitalisation médicale 30 jours maxi en rééducation ou convalescence ou moyen séjour ou psychiatrie ou alcoologie. Ambulances, véhicules sanitaires légers
TRANSPORT SOINS COURANTS ☒ Médecins généralistes, spécialistes Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM* ☒ Imagerie médicale Médecins adhérents à un DPTM* Médecins non adhérents à un DPTM* ☒ Analyses et examens de laboratoire ☒ Honoraires paramédicaux ☒ Psychologues remboursables « MonPsy » ☒ Médicaments remboursables ☒ Vaccin antigrippal ☒ Autres vaccins ☒ Télésurveillance médicale remboursable	55% 70% 70% 70% 70% 60% 60% 60% 15% à 65% Néant Néant 60%	45% 150%(2) 130%(2) 150%(2) 130%(2) 40% 40% 40% 85% à 35% 100% 40 € 40%	100% 220%(2) 200%(2) 220%(2) 200%(2) 100% 100% 100% 100% 100% 40 € 100%	Analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses médicales Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif "MonPsy" Des dépenses réelles Prescrits non remboursables. Prise en charge limitée à un vaccin par an et par personne et plafonnée à 40 € maximum.
MEDECINE DOUCE (CONSULTATIONS) ☒ Acupuncture, chiropractie, étiopathie ☒ Homéopathie, ostéopathie, réflexologie	Néant	150 €	150 €	Forfait annuel global/personne pour ces 6 actes effectués par un praticien diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste.
PROTHESES ☒ Orthopédie et petit appareillage remboursés ☒ Capillaire, mammaire, oculaire	60% 100%	340% 200%	400% 300%	Dans la limite d'un plafond de 300 € par type de prothèse
DENTAIRE (conformément à la nomenclature CCAM) Panier 100% santé*** ☒ Soins et prothèses 100% santé Hors panier 100% santé ☒ Soins ☒ Prothèse dentaire acceptée ☒ Prothèse dentaire non remboursée ☒ Parodontologie non remboursée ☒ Implantologie non remboursée ☒ Orthodontie acceptée ☒ Orthodontie refusée	60% 60% 60% Néant Néant Néant 100% Néant	40% 40% 340% 400 € 400 € 400 € 300% 10% PMSS **	100% 100% 400% 400 € 400% 10% PMSS **	Remboursement intégral*** Forfait annuel par personne Forfait annuel par bénéficiaire
AIDES AUDITIVES (3) Panier 100% santé*** ☒ Aide auditive de classe I par oreille Hors panier 100% santé ☒ Aide auditive de classe II par oreille	60% 60%	40% 340%	100% 400%	Remboursement intégral*** Dans la limite du plafond limite de vente (PLV)
OPTIQUE Panier 100% santé*** ☒ Monture + verres 100% santé Hors panier 100% santé ☒ Monture (4) ☒ Verres simples (4) ☒ Verres complexes (4) ☒ Lentilles acceptées ☒ Lentilles refusées ☒ Chirurgie réfractive	60% 60% 60% 60% 60% Néant Néant Néant	40% 40% 40% 40% 40% 40% 200 € 370 €	100% 100% 100% 100% 100% 200 € 370 €	Remboursement intégral*** Forfaits lunettes valables pour une paire de lunettes tous les deux ans (4) Les forfaits ci-dessous sont exprimés Régime Obligatoire + Ticket Modérateur inclus + Forfait 100€ + Forfait par verre 130€ + Forfait par verre 150€ + FORFAIT GLOBAL par an et par personne : 400 €. Au-delà remboursement à hauteur du TM Forfait une fois par an et par personne Forfait annuel / œil
PREVENTION ☒ Cure thermique : forfait établissement ☒ Cure thermique : honoraires de surveillance ☒ Ostéodensitométrie non remboursable ☒ Contraception ☒ Amniocentèse ☒ Diététique / allergologie ☒ Consultation podologie ☒ Auto tensiomètre	65% 70% Néant Néant Néant Néant Néant Néant	35% 30% 35 € 32 € 45 € 25 € 50 € 80%	100% 100% 35 € 32 € 45 € 25 € 50 € 80%	+ FORFAIT ANNUEL : 110 € par personne Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire Dans la limite de 25€ par séance 80% des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an et par famille
DIVERS ☒ Forfait naissance et adoption(7)	Néant	230 €	230 €	Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant
ASSISTANCE SANTE (gratuit)		24H-24 - 7j/7	Aide ménage, garde d'enfants, assistance scolaire à domicile	
PLATEFORME E-SANTE (5)		Ce service est accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr		
DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (gratuit) (6)		Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr , accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur pavillon-prevoyance.fr		
PRODUIT : P109B				Date d'effet 1er janvier 2024

Contrat responsable et solidaire conforme au panier de soins ANI.

Selon les conditions du contrat et de la notice d'information [NICCO](#)
et sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document

RO = régime obligatoire - TM = ticket modérateur

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

**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 Sécurité sociale et des dépassements d'honoraires.

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

(3) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans

(4) A compter de la date d'acquisition de l'équipement optique : limité à une monture et deux verres, une fois tous les deux ans, excepté pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou renouvellement justifié par une évolution de la vue : tous les ans.

Verres : voir définition du contrat responsable dans la notice d'information en vigueur.

(5) Maia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15.

(6) 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 300 spécialistes référencés et plus de 700 pathologies couvertes (endométriose, problèmes orthopédiques, cancer ...), sur la base d'un dossier médical complet, sans se déplacer, assistance téléphonique.

(7) Garantie souscrite sous forme d'un contrat collectif par la mutuelle dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du code la mutualité, auprès de Hamornie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57 siège social : 143 rue Blomet 75015 Paris. Ce contrat est révisable ou résiliable annuellement par avenant conclu entre la mutuelle et Harmonie Mutuelle. Ces modifications seront notifiées aux adhérents.

Votre mutuelle prend en charge le forfait sur les actes lourds.

En cas de modification des taux de remboursement Sécurité sociale, vos prestations Mutuelle pourront être modifiées.

