

Contrat collectif facultatif - SUD SNPE ROXEL - G1097

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

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		Remboursement		COMMENTAIRES
	Sécurité sociale	MUTUELLE	TOTAL		
HOSPITALISATION					
☒ Forfait journalier hospitalier	-	100%	100%		Des dépenses réelles, prise en charge illimitée <i>Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital.</i>
☒ Séjour chirurgical et médical	80% ou 100% ⁽¹⁾	20% ⁽¹⁾	100%		
☒ Soins hospitaliers					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%
Médecins adhérents à un DPTM*	80% ou 100% ⁽¹⁾⁽²⁾	20% à 80% ⁽¹⁾⁽²⁾	100% à 160%⁽¹⁾⁽²⁾		
Médecins non adhérents à un DPTM*	80% ou 100% ⁽¹⁾⁽²⁾	20% à 60% ⁽¹⁾⁽²⁾	100% à 140%⁽¹⁾⁽²⁾		
☒ Traitement du cancer					Imagerie médicale à 140%, chirurgiens et anesthésistes à 160% Imagerie médicale à 120%, chirurgiens et anesthésistes à 140%
Médecins adhérents à un DPTM*	100%	40% à 60% ⁽¹⁾⁽²⁾	140% à 160%⁽¹⁾⁽²⁾		
Médecins non adhérents à un DPTM*	100%	20% à 40% ⁽¹⁾⁽²⁾	120% à 140%⁽¹⁾⁽²⁾		
☒ Accouchement					Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée
Médecins adhérents à un DPTM*	100%	60% ⁽²⁾	160%⁽²⁾		
Médecins non adhérents à un DPTM*	100%	40% ⁽²⁾	140%⁽²⁾		
☒ Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour	80% ou 100% ⁽¹⁾	20% ⁽¹⁾	100%		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
☒ Frais d'accompagnement	Néant	275 €	275 €		
☒ Pharmacie extra-usuelle	Néant	160 €	160 €		Intervention chirurgicale à l'étranger.
☒ Hospitalisation en urgence	Néant	260 €	260 €		Hospitalisation hors Gironde
☒ Chambre particulière sans nuitée	Néant	61 €	61 €		Maxi/jour
☒ Chambre particulière avec nuitée	Néant	30 €	30 €		Maxi/jour en fonction du tarif de la chambre particulière
	Néant	57 €	57 €		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.
	Néant	49 €	49 €		
TRANSPORT					
	55%	45%	100%		Ambulances, véhicules sanitaires légers
SOINS COURANTS					
☒ Médecins généralistes, spécialistes					Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie
Médecins adhérents à un DPTM*	70%	150% ⁽²⁾	220%⁽²⁾		
Médecins non adhérents à un DPTM*	70%	130% ⁽²⁾	200%⁽²⁾		
☒ Imagerie médicale					Analyses et examens réalisés par un laboratoire d'analyses médicales Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif "Mon soutien Psy"
Médecins adhérents à un DPTM*	70%	150% ⁽²⁾	220%⁽²⁾		
Médecins non adhérents à un DPTM*	70%	130% ⁽²⁾	200%⁽²⁾		
☒ Analyses et examens de laboratoire	60%	40%	100%		Des dépenses réelles Prescrits non remboursables. Prise en charge limitée à un vaccin par an et par personne et plafonnée à 40 € maximum.
☒ Honoraires paramédicaux	60%	40%	100%		
☒ Psychologues remboursables «Mon soutienPsy»	60%	40%	100%		
☒ Médicaments remboursables	15% à 65%	85% à 35%	100%		
☒ Vaccin antigrippal	Néant	100%	100%		
☒ Autres vaccins	Néant	40 €	40 €		
☒ Télésurveillance médicale remboursable	60%	40%	100%		
MEDECINE DOUCE (CONSULTATIONS)					
☒ Acupuncture, chiropractie, étioopathie	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.
☒ Homéopathie, ostéopathie, réflexologie	Néant	150 €	150 €		
PROTHESES					
☒ Orthopédie et petit appareillage remboursés	60%	340%	400%		Dans la limite d'un plafond de 300 € par type de prothèse
☒ Capillaire, mammaire, oculaire	100%	200%	300%		
DENTAIRE (conformément à la nomenclature CCAM)					
Panier 100% santé***					
☒ Soins et prothèses 100% santé	60%	40%	100%		Remboursement intégral***
Hors panier 100% santé					
☒ Soins	60%	40%	100%		Forfait annuel par personne
☒ Prothèse dentaire acceptée	60%	340%	400%		
☒ Prothèse dentaire non remboursée	Néant				Forfait annuel par personne
☒ Parodontologie non remboursée	Néant	400 €	400 €		
☒ Implantologie non remboursée	Néant				Forfait annuel par bénéficiaire
☒ Orthodontie acceptée	100%	300%	400%		
☒ Orthodontie refusée	Néant	10% PMSS **	10% PMSS **		Dans la limite du plafond limite de vente (PLV)
AIDES AUDITIVES (3)					
Panier 100% santé***					
☒ Aide auditive de classe I par oreille	60%	40%	100%		Remboursement intégral***
Hors panier 100% santé					
☒ Aide auditive de classe II par oreille	60%	340%	400%		
OPTIQUE					
Panier 100% santé***					
☒ Monture + verres 100% santé	60%	40%	100%		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
☒ Monture (4)	60%	40%	100%		
☒ Verres simples (4)	60%	40%	100%		+ Forfait 100€
☒ Verres complexes (4)	60%	40%	100%		+ Forfait par verre 130€
					+ Forfait par verre 150€
☒ Lentilles acceptées	60%	40%	100%		+ 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
☒ Lentilles refusées	Néant	200 €	200 €		
☒ Chirurgie réfractive	Néant	370 €	370 €		
PREVENTION					
☒ Cure thermique : forfait établissement	65%	35%	100%		+ FORFAIT ANNUEL : 110 € par personne
☒ Cure thermique : honoraires de surveillance	70%	30%	100%		
☒ Ostéodensitométrie non remboursable	Néant	35 €	35 €		Forfait annuel par personne dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire
☒ Contraception	Néant	32 €	32 €		
☒ Amniocentèse	Néant	45 €	45 €		
☒ Diététique / allergologie	Néant	25 €	25 €		
☒ Consultation podologie	Néant	50 €	50 €		
☒ Auto tensiomètre	Néant	80%	80%		
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 ménagère, 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

Union régie par le code de la Mutualité et ses dispositions du livre II, siren n° 442 978 086

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) Maïia 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) Vous bénéficiez de cette garantie via le contrat collectif souscrit par Pavillon Prévoyance auprès d'Harmonie 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. Les informations relatives à cette garantie sont détaillées dans la notice d'information qui vous a été remise.

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.

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