

Assurance Complémentaire Santé

mutuelle-internet.com
La mutuelle qui donne du temps à vos passions

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 : EQUILANCE

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, hospitalisation en urgence à l'étranger, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments remboursables de 15% à 65 %, vaccin antigrippal
- ✓ **Frais optiques** : panier 100% santé (monture + verres 100% santé), hors panier 100% santé (monture et verres, lentilles, chirurgie réfractive)
- ✓ **Frais dentaires** : panier 100% santé (soins et prothèses 100% santé), hors panier 100% santé (soins, prothèse et orthodontie acceptées)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : 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
- ✓ **Prévention** : cure thermale (honoraires et frais d'établissement)

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Lentilles refusées
Forfait naissance - adoption
Chambre particulière, frais d'accompagnement, frais de télévision
Médecine douce
Forfait prévention

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 MesDocteurs)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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

Les garanties précitées 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 1€ 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, frais de télévision** : limitation à 10 jours
- ! **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 ?

- En nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année.

Equilance 5

Selon conditions générales, fiches Renfort et contrats spécifiques - Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2019)
Pourcentage sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins coordonnés - Contrat " responsable et solidaire ".

GARANTIES

HOSPITALISATION

• Frais de séjour et forfait journalier hospitalier	100 %
• Soins	
- Médecins adhérents ou non à un DPTM*	100 %
• Honoraires praticiens	
- Médecins adhérents à un DPTM*	jusqu'à 140 % (1)(2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	jusqu'à 120 % (1)(2)
• Convalescence, centre de rééducation	100 %

COUVERTURE TOTALE

Incluant la part de l'Assurance Maladie Obligatoire

RENFORT (en option)

• COMPLÉMENT HOSPITALISATION

• Chambre particulière	30 €/jour
• Frais d'accompagnement	27,50 €/jour (10 jours maxi.)
• Frais de télévision	3,50 €/jour (10 jours maxi.)

TRANSPORT

100 %

SOINS COURANTS

• Médecins généralistes, spécialistes, imagerie médicale	
- Médecins adhérents à un DPTM*	150 % (2)
- Médecins non adhérents à un DPTM	130 % (2)
• Analyses et examens de laboratoire	100 %
• Honoraires paramédicaux - Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie	100 %
• Médicaments remboursables	100 %
• Vaccin antigrippal	100 %

PROTHÈSE

• Orthopédie et petit appareillage remboursés	150 %
• Capillaire, mammaire, oculaire	100 %

AIDE AUDITIVE (3)

Panier 100% santé **

• Aide auditive de classe I par oreille	100 %
---	-------

Hors panier 100% santé

• Aide auditive de classe II par oreille	100 %
--	-------

DENTAIRE

Panier 100% santé ***

• Soins et prothèses 100% santé	100 % (remboursement intégral ***)
---------------------------------------	------------------------------------

Hors panier 100% santé

• Soins	100 %
• Prothèse dentaire acceptée	250 %
• Orthodontie acceptée	250 %

Bonus fidélité
Couverture totale
275 % après 2 ans
300 % après 4 ans

OPTIQUE

Panier 100% santé ***

• Monture + verres 100% santé	100 % (remboursement intégral ***)
-------------------------------------	------------------------------------

Hors panier 100% santé

• Monture et verres	100 % + FORFAIT/2 ANS (4)
---------------------------	---------------------------

Bonus fidélité
Supplément Verres/2 ans (6)
25 € après 2 ans
50 € après 4 ans

FORFAIT OPTIQUE
Jusqu'à 500 €/2 ANS
Lunettes

Monture : 100 € - Verres simples (5) : 2 x 75 €
Verres complexes (5) : 2 x 125 €

• Lentilles acceptées ou refusées	100 % + FORFAIT 250 €/AN
---	--------------------------

• Chirurgie réfractive	370 €/œil
------------------------------	-----------

PRÉVENTION (7)

• Cure thermale : forfait établissement	100 %
---	-------

• Cure thermale : honoraires de surveillance	100 %
--	-------

NAISSANCE ET ADOPTION

200 € (8)

RENFORTS (en option)

• MÉDECINE DOUCE

• Homéopathie • Ostéopathie • Acupuncture (9) • Chiropraxie • Réflexologie • Etiopathie	100 € (10)
---	------------

• PRÉVENTION

• Sevrage tabagique • Ostéodensitométrie non remboursable • Amniocentèse • Vaccins du voyageur	
--	--

• Consultations - Podologie, allergologie, diététique	100 € (10)
---	------------

• Test de prédépistage du cancer du côlon (Test Hemoccult®)	
---	--

*DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...)
Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur.
** Remboursement intégral du panier 100% santé à partir de 2021. *** Prise en charge à 100% du panier 100% santé selon la réglementation en vigueur sur les prix limites de vente.

0 811 656 626

Service 0,05 €/min
+ prix appel

DU LUNDI AU VENDREDI 8H30/18H30

E-service : espace adhérent privatif, alerte remboursement... - Courrier : MUTUELLE-INTERNET, 90 avenue Thiers - 33100 Bordeaux

INFORMATIONS PRATIQUES

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

LES PLUS DE MUTUELLE-INTERNET

Pas de questionnaire médical - Prise en charge immédiate⁽¹⁾ - Tiers payant (Pas d'avance de frais)⁽¹⁾⁽²⁾ - Prestation sous 48h - Gratuité enfant à partir du 3^e
Bonus fidélité - Réseau de soins - Service de téléconsultation MesDocteurs à partir du 1^{er} janvier 2020⁽¹³⁾

(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) Dans la limite des dépenses réelles par appareillage. Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (4) 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. (5) Verres simples, complexes, très complexes : voir définition du contrat responsable dans les conditions générales en vigueur. (6) Forfait global tous les deux ans, limité à deux verres. (7) Sur prescription médicale. (8) Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant. (9) Les séances d'acupuncture doivent être réalisées par un médecin généraliste ou spécialiste. (10) Forfait annuel. (11) Pour les moins de 75 ans, pour toute adhésion santé sauf chambre particulière et maternité. (12) Sur l'ensemble des prestations obligatoires de votre contrat responsable. (13) Le service de téléconsultation MesDocteurs permet de mettre en relation un professionnel de santé et un patient dans le cadre d'une consultation réalisée à distance et allant jusqu'à l'émission d'une ordonnance (hors arrêt de travail, médicaments à prescription restreinte, dispense sportive) si le médecin l'estime nécessaire (certaines prescriptions définies dans les conditions générales du service sont exclues). Le service de téléconsultation MesDocteurs n'a pas pour objet de remplacer les consultations avec le médecin traitant et ne correspond pas à un service d'urgence. En cas d'urgence, contacter le 15 ou le 112. - Mutuelle-Internet prend en charge le forfait sur les actes lourds et ne prend pas en charge les franchises appliquées par l'Assurance Maladie Obligatoire : participation forfaitaire d'1€ à chaque consultation et acte médical, 0,50€ par boîte de médicament et par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire. Mutuelle-Internet se réserve le droit de maintenir ou réajuster le montant de la «couverture totale» si la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire venait à être modifiée.