



Votre CCAS se mobilise pour votre santé et votre pouvoir d'achat avec :

UNE ASSOCIATION
au service de tous



*La solution
santé
mutualiste
accessible
à tous !*

- Le retour à une couverture de santé pour vous et vos proches grâce à votre CCAS.
- Une tarification simple générant une réelle économie sur votre cotisation.
- Une mutuelle ouverte à tous.

**ADHÉSION
IMMÉDIATE
AU
05 56 43 59 30**

	Adhérent-e (chef de famille) âgé-e de moins de 65 ans	Adhérent-e (chef de famille) âgé-e de 65 à 74 ans	Adhérent-e (chef de famille) âgé-e de 75 ans et plus
Tarifs mensuels 2026 - Par personne : adhérent-e + ayant-s droit			
Adulte	81,99 €	125,29 €	132,39 €
Enfant	66,89 €	66,89 €* 66,89 €	66,89 €* 66,89 €
Tarifs mensuels 2026 - Cotisation mensuelle totale à partir de 3 personnes			
Famille	211,24 €	-	-

* Conformément à la notice d'information en vigueur : à partir du 3^e enfant à charge, l'enfant à charge ayant droit de l'adhérent est exonéré de cotisation.
Exemples : adhérent-e âgé-e de 40 ans + 1 adulte : 81,99 € x 2 = 163,98 €/mois - adhérent-e âgé-e de 68 ans + 1 adulte : 125,29 € x 2 = 250,58 €/mois - adhérent-e âgé-e de 79 ans + 1 adulte : 132,39 € x 2 = 264,78 €/mois -
adhérent-e âgé-e de 68 ans + 1 enfant : 125,29 € + 66,89 € = 192,18 €/mois - adhérent-e âgé-e de 56 ans + 1 adulte + 2 enfants : 211,24 €/mois.

Sous réserve du maintien de la couverture de garantie par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie et des obligations fiscales et sociales applicables à la Mutuelle au 01/08/2025 (TSA = 13,27%).

Service Conseils & Souscription de Pavillon Prévoyance
Tél. 05 56 43 59 30 - souscription@associationactionm.com



OFFRE MÉDOC

Contrat collectif facultatif

Selon les conditions du contrat et de la notice d'information NIACTION - Sous réserve de modifications réglementaires non publiées à la date d'établissement du présent document (1^{er} août 2025).
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*	COMMENTAIRES
HOSPITALISATION		
• Forfait journalier hospitalier	100 %	Des dépenses réelles
• Séjour chirurgical et médical	100 %	Des dépenses réelles sur la base du tarif de la clinique ou de l'hôpital Séjour illimité
• Soins hospitaliers Médecins adhérents à un DPTM** Médecins non adhérents à un DPTM**	100 % à 140 % ⁽¹⁾⁽²⁾ 100 % à 120 % ⁽¹⁾⁽²⁾	Soins à 100 %, imagerie médicale à 120 %, chirurgiens, cardiologues et anesthésistes jusqu'à 140 %
• Traitement du cancer Médecins adhérents à un DPTM** Médecins non adhérents à un DPTM**	120 % ou 140 % ⁽¹⁾ 100 % ou 120 % ⁽¹⁾	Imagerie médicale à 120 %, chirurgiens et anesthésistes jusqu'à 140 % Imagerie médicale à 100 %, chirurgiens et anesthésistes jusqu'à 120 %
• Maison de repos, convalescence, centre de rééducation moyen séjour	100 %	Frais de séjour illimités
• Frais d'accompagnement	275 €	27,50 €/jour dans la limite des dépenses réelles, soit 10 jours max./hospit. 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 et psychiatrie ou alcoologie Obstétricien ou anesthésiste pour un accouchement en clinique privée
• Chambre particulière avec nuitée	65 € 50 €	
• Accouchement	140 %	
TRANSPORT	100 %	Ambulances, véhicules sanitaires légers
SOINS COURANTS ⁽²⁾		
• Consultations et visites généralistes, spécialistes Médecins adhérents ou non à un DPTM**	100 %	
• Imagerie médicale Médecins adhérents ou non à un DPTM**	100 %	
• Analyses et examens de laboratoire	100 %	
• Honoraires paramédicaux	100 %	Soins infirmiers - Massages - Kinésithérapie
• Psychologues remboursables «Mon soutien psy»	100 %	Selon les conditions légales et réglementaires applicables au dispositif Mon soutien psy
• Médicaments remboursables	100 %	
• Vaccin antigrippal	100 %	Des dépenses réelles
• Télésurveillance remboursable	100 %	
PROTHÈSE		
• Orthopédie et petit appareillage remboursés	100 %	Dans la limite des dépenses réelles par appareillage
• Capillaire, mammaire, oculaire	300 %	Dans la limite d'un plafond de 300 € par type de prothèse
AIDE AUDITIVE ⁽³⁾		
Panier 100% santé ***		
• Aide auditive de classe I par oreille	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
- Aide auditive de classe II par oreille	100 % + 310 €	Forfait /personne - dans la limite des dépenses réelles
DENTAIRE ⁽⁴⁾		
Panier 100% santé ***		
• Soins et prothèses 100% santé	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
• Soins	100 %	
• Prothèse dentaire acceptée	300 %	Dans la limite des dépenses réelles
• Orthodontie acceptée	310 %	Dans la limite des dépenses réelles
OPTIQUE		
Panier 100% santé ***		
• Monture + verres 100% santé	100 %	Remboursement intégral
Hors panier 100% santé		
• Monture	60 % + Forfait	FORFAIT 60 € RO et TM inclus
• Verres	60 % + Forfait	FORFAIT 80 € par verre RO et TM inclus Forfaits lunettes valables pour une paire de lunettes tous les 2 ans ⁽⁶⁾
• Lentilles acceptées	100 % + 200 €	FORFAIT GLOBAL par an et par personne
• Lentilles refusées	200 €	FORFAIT GLOBAL par an et par personne
PRÉVENTION		
• Cure thermique : forfait établissement	100 %	
• Cure thermique : honoraires de surveillance	100 %	+ FORFAIT ANNUEL : 110 € par personne
• Amniocentèse	45 €	Forfaits annuels par personne, dans la limite des dépenses réelles, actes prescrits par un médecin diplômé, mais non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire
• Consultation podologie	25 €	
• Auto tensiomètre	80 %	80 % des dépenses réelles dans la limite de 30 € par an et par famille
DIVERS		
• Forfait naissance et adoption ⁽⁶⁾	230 €	Prime versée sous réserve de l'adhésion de l'enfant
PLATEFORME E-SANTÉ ⁽⁷⁾ Ce service vous est proposé en partenariat avec Mailia, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr		
DEUXIÈME AVIS MÉDICAL (gratuit) ⁽⁸⁾ Ce service vous est proposé en partenariat avec deuxiemeavis.fr, accessible depuis votre Espace adhérent privatif sur www.pavillon-prevoyance.fr		

Produit : MCMSC2 * Incluant la part de l'Assurance Maladie Obligatoire. ** DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO...). *** Prise en charge intégrale des frais afférents au panier 100% santé, dans la limite des montants maximums fixés par la réglementation en vigueur. Imagerie médicale : radiologie, échographie, scanner, endoscopie... - RO : régime obligatoire - TM : ticket modérateur. (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) Limité à un appareil par oreille tous les quatre ans. (4) Actes soumis à la réglementation CCAM. (5) 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. (6) 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 969500JLU52H89G4TD57, 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. (7) Mailia n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence contactez le 15. (8) 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 400 spécialistes référencés et plus de 800 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.