

Les garanties
Complémentaire Santé

PRÆCONIS
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

Circé 2



Votre complémentaire
Santé sur mesure

L'ensemble des bénéficiaires d'un contrat doivent être sur les mêmes options de garantie.
Tous les modules doivent être souscrits.
L'écart entre le module « Hospitalisation » et les autres modules ne peut être < ou > à 1.

Remboursements au 01/01/2017

Modules H	H1	H2	H3	H4	H5
▶ HOSPITALISATION	RO + Mutuelle				
Frais de séjour (secteur conventionné)	100%	100%	150%	200%	300%
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%	100%	100%	100%	100%
Soins - Honoraires (secteur conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	150%	200%	300%
Soins - Honoraires (secteur conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%	100%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Journalier illimité en chirurgie et médecine	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Forfait Journalier illimité en Psychiatrie	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Forfait Journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Chambre Particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (1)	Néant	Limité à 30 € / jour	Limité à 50 € / jour	Limité à 60 € / jour	Limité à 60 € / jour
Chambre Particulière avec hébergement en rééducation fonctionnelle, maison de repos, psychiatrie (1)	Limité à 30 € / jour	Limité à 40 € / jour	Limité à 50 € / jour	Limité à 60 € / jour	Limité à 60 € / jour
Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 16 ans en chirurgie et médecine (Maxi 20j/an)	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un adulte de plus de 74 ans en chirurgie et médecine (Maxi 10j/an)	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour
▶ MATERNITE	Mutuelle				
Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1er jour du mois de naissance	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Forfait annuel examens d'amiocentèse refusé	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
▶ ACCIDENT (2)	Mutuelle				
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €
▶ CAGNOTTE (2)	Indemnités Maximum				
Cagnotte "Coups Durs" (par année civile et par Chef de famille de plus de 18 ans) en cas : - Perte d'emploi (jusqu'à 60 ans) - Arrêt de travail (jusqu'à 65 ans) - Hospitalisation suite à accident (3)	400 €	400 €	400 €	400 €	400 €
▶ Dépendance (2)	Mutuelle				
Autonomie Santé : Capital en cas de Dépendance Totale	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €

Modules M	M1	M2	M3	M4	M5
▶ SOINS ET HONORAIRES MEDICAUX	RO + Mutuelle				
Consultations, Visites Généralistes signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, Visites Généralistes non signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, Visites Généralistes - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations, Visites Spécialistes signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, Visites Spécialistes non signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, Visites Spécialistes - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%
Actes Techniques signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	125%	150%	200%
Actes Techniques non signataire OPTAM/OPTAM-CO - Secteur conventionné	100%	100%	105%	130%	180%
Actes Techniques - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%	200%
Analyses laboratoires	100%	100%	125%	150%	200%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné	100%	100%	125%	150%	200%
Radiologie non signataire OPTAM/OPTAMCO - Secteur conventionné	100%	100%	105%	130%	180%
Radiologie - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%
Transport	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie	100%	100%	100%	100%	100%
▶ AUDIOPROTHESE - APPAREILLAGE	RO + Mutuelle				
Petit Appareillage et Orthopédie	100%	100%	125%	150%	200%
Grand Appareillage Plafond annuel 2000€ (au delà du plafond, remboursement limité au Ticket Modérateur) ⁽⁵⁾	100%	100%	125%	150%	200%
Audioprothèses	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Annuel Audioprothèses (-20 ans)	Néant	500 €	550 €	600 €	650 €
Forfait Annuel Audioprothèses (20 ans et +)	Néant	300 €	350 €	450 €	450 €
Forfait Annuel piles et entretien	Néant	30 €	30 €	30 €	60 €
▶ CURE THERMALE	RO + Mutuelle				
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €

Modules OD

	OD1	OD2	OD3	OD4	OD5
🔍 DENTAIRE (Forfait annuel par bénéficiaire)					
RO + Mutuelle					
Soins, Radios et Actes techniques	100%	150%	200%	250%	300%
Prothèses mobiles et fixes remboursées par RO (sauf Inlay-Core)	100%	140%	210%	260%	330%
Inlay-Core	100%	140%	180%	180%	180%
Forfait Annuel Prothèses mobiles et fixes non remboursées par RO	Néant	40 €	75 €	100 €	125 €
Forfait Annuel Implantologie, parodontologie	Néant	75 €	150 €	200 €	250 €
Plafond Annuel Dentaire (Hors soins, radio et Actes techniques) par bénéficiaire					
Années 1 et 2	Néant	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €
Années 3 et suivantes	Néant	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €
Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge des prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO est limité au ticket modérateur.					
Orthodontie remboursée par RO	100%	150%	200%	250%	300%
Forfait Annuel Orthodontie non remboursée par RO	Néant	150 €	200 €	250 €	300 €
🔍 OPTIQUE					
RO + Mutuelle					
Base de remboursement Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Adulte (18 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans (4)					
(a) Monture, Verres avec Sphère ou puissance comprise entre -6 et +6 et/ou cylindre <= 4	Néant	105 €	150 €	190 €	270 €
(c) Monture, Verres avec Sphère ou puissance excédant +6 ou -6 et/ou cylindre > 4 et/ou verres progressifs ou multifocaux	Néant	220 €	270 €	320 €	460 €
Monture, verre (a) et verre (c)	Néant	125 €	185 €	245 €	335 €
Forfait Enfant (-18 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans (4)					
(a) Monture, Verres avec Sphère ou puissance comprise entre -6 et +6 et/ou cylindre <= 4	Néant	100 €	125 €	150 €	200 €
(c) Monture, Verres avec Sphère ou puissance excédant +6 ou -6 et/ou cylindre > 4 et/ou verres progressifs ou multifocaux	Néant	200 €	225 €	250 €	300 €
Monture, verre (a) et verre (c)	Néant	125 €	175 €	200 €	250 €
Forfait annuel Lentilles remboursées ou non***	Néant	25 €	50 €	65 €	75 €
Forfait annuel chirurgie réfractive, laser, kératotomie	Néant	50 €	100 €	150 €	200 €

GARANTIES BIEN-ETRE

	BIEN-ETRE
🔍 BIEN-ETRE (Forfait annuel par bénéficiaire)	
Mutuelle	
Plafond Annuel global pour l'ensemble des postes ci-dessous :	150 €
Vaccin anti-grippe (sur présentation d'ordonnance)	7 € / an
Vaccins non remboursés (sur présentation d'ordonnance)	50 € / an
Analyses non remboursées et médicaments d'homéopathie (sur présentation d'ordonnance)	50 € / an
Sevrage Tabagique (sur présentation d'ordonnance)	75 € / an
Contraceptifs non remboursés (sur présentation d'ordonnance)	50 € / an
Pédicure, podologue	30 € / an
Actes d'ostéopathie (Maxi 2 séances / an)	Maxi 50 € / séance
Actes d'acupuncture, d'étiopathie, de chiropractie, de Psychothérapie, de Sofrologie, de Psychomotricité (Maxi 4 séances / an)	Maxi 15 € / séance
Dépistage non remboursé: cancer du col de l'utérus, infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose, bilan allergique	50 € / an
Ostéodensitométrie osseuse	40 € / an

RO : Régime Obligatoire - OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgie Obstétrique)

** Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.

*** Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

(1) Chambre particulière avec hébergement limitée à 30 jours / an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, psychiatrie.

Exclue en maison de convalescence, moyen séjour.

(2) Garanties régies par des conditions générales spécifiques.

(3) Sept jours d'hospitalisation consécutifs minimum.

(4) Le forfait s'applique par période de 2 ans suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.

Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période d'une année suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.

Les montants des forfaits comprennent le remboursement de la monture plafonné à 150€ Maximum.

(5) A partir du niveau de garanties M3

Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base du remboursement sécurité sociale et comprennent ceux effectués par le régime obligatoire.

Le remboursement des dépenses par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage.

Forfaits annuels par bénéficiaire par année civile.

Les avenants de changement de Niveau ne sont pas possibles en cours d'année

Frais de télévision en chirurgie et médecine : envoyez les justificatifs à la mutuelle : 1.52 € / jour (maxi : 152.45 € par an)

ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique. En cas d'hospitalisation : aide à domicile, assistance en cas d'accident, prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger

Le contrat ci-dessus est solidaire et responsable. Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la mutuelle.

ACTES DE PREVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges.