

SANTÉ

PRÆCONIS
COURTIER GROSSISTE

Tableau des garanties

Circé 2 Performance



Votre Mutuelle s'engage en faveur du 100% santé (reste à charge zéro) en audiologie, dentaire et optique. Cette réforme est progressive et aboutira à l'horizon 2021. Aussi, pour satisfaire aux conditions du contrat responsable, votre tableau contractuel de garanties évoluera avec le calendrier de déploiement du 100% santé. Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à contacter nos services.

Modules H

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	HOSPI	HTM	H1	H2	H3	H4	H5
HOSPITALISATION							
RO + Mutuelle							
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER							
Forfait Journalier illimité en chirurgie et médecine	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
Forfait Journalier illimité en Psychiatrie	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
Forfait Journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **	OUI **
HONORAIRES							
Soins - Honoraires - Secteur Conventionné	150%	-	-	-	-	-	-
Soins - Honoraires - Secteur Non Conventionné	130%	-	-	-	-	-	-
Soins - Honoraires (secteur conventionné) signataire OPTAM/OPTAM CO	-	100%	100%	100%	150%	200%	300%
Soins - Honoraires (secteur conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM CO	-	100%	100%	100%	130%	180%	200%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM CO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM CO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS							
Frais de séjour - Secteur Conventionné	150%	100%	100%	100%	150%	200%	300%
Frais de séjour - Secteur Non Conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et maternité -Secteur Conventionné (durée illimitée)(1)	Limité à 60€ / jour	-	-	Limité à 30€ / jour	Limité à 50€ / jour	Limité à 60€ / jour	Limité à 60€ / jour
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et maternité -Secteur Non Conventionné (durée illimitée)(1)	Limité à 60€ / jour	-	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	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	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	Limité à 30€ / jour
MATERNITÉ							
Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1 ^{er} jour du mois de naissance	150 €	-	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
Forfait annuel examens d'amniocentèse refusés	150 €	-	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
ACCIDENT (2)							
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €
FRAIS D'OBSÈQUES (versé pour un décès par dossier et par an)							
Participation forfaitaire pour frais funéraires (2)	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
PROTECTION JURIDIQUE (2)							
Garanties de la Protection Juridique « PJ » (par année civile et par bénéficiaire) : - Assistance téléphonique - Gestion amiable de litiges - Prise en charge des frais de procédure judiciaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
DÉPENDANCE (2)							
Autonomie Santé : Capital en cas de Dépendance Totale	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE							
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SECOND AVIS MÉDICAL							
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CLUB AVANTAGES PRAECONIS							
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

	MTM	M1	M2	M3	M4	M5
SOINS COURANTS						
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	200%
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations, Visites Généralistes signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, Visites Généralistes non signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, Visites Généralistes - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations, Visites Spécialistes signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, Visites Spécialistes non signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, Visites Spécialistes - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes Techniques signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Actes Techniques non signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Actes Techniques - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Radiologie non signataire OPTAM/OPTAM CO - Secteur conventionné	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Radiologie - Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES						
Analyses laboratoires	100%	100%	100%	125%	150%	200%
MÉDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	-	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical faible (15%)	-	100%	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL						
Petit Appareillage et Orthopédie	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Grand Appareillage	100%	100%	100%	125%	150%	200%
TRANSPORT						
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES						
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (3)						
Audioprothèses Classe I Reste à charge nul (3)	100% puis Frais engagés à partir de 2021	100% puis Frais engagés à partir de 2021	100% puis Frais engagés à partir de 2021	100% puis Frais engagés à partir de 2021	100% puis Frais engagés à partir de 2021	100% puis Frais engagés à partir de 2021
EQUIPEMENTS À PRIX LIBRE (3*)						
Audioprothèses Classe II	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Annuel Audioprothèses Classe II (-20 ans)	-	-	500 €	550 €	600 €	650 €
Forfait Annuel Audioprothèses Classe II (20 ans et +)	-	-	300 €	350 €	450 €	450 €
Forfait Annuel piles et entretien	-	-	30 €	30 €	30 €	60 €
CURE THERMALE						
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100 %	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel hébergement (<i>hors restauration</i>) et transport	-	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €

Modules OD

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	OD1	OD2	OD3	OD4	OD5
🔍 DENTAIRE (Forfait annuel par bénéficiaire)					
SOINS					
Soins, Radios et Actes techniques	100%	150%	200%	250%	300%
PROTHÈSES 100% SANTÉ (4)					
Prothèses dentaires remboursées par RO - Panier 100% santé (3)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
PROTHÈSES (4*)					
Prothèses dentaires remboursées par RO (Sauf Inlay-Core) - Hors Panier 100% santé	100%	140%	210%	260%	330%
Inlay-Core	100%	140%	180%	180%	180%
Forfait Annuel Prothèses mobiles et fixes non remboursées par RO	-	40 €	75 €	100 €	125 €
Forfait Annuel Implantologie, parodontologie	-	75 €	150 €	200 €	250 €
Plafond Annuel Dentaire (Hors soins, radio et Actes techniques) par bénéficiaire					
Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge des prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO (Hors Panier 100%) santé est limité au ticket modérateur.					
Années 1 et 2	-	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €
Années 3 et suivantes	-	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €
ORTHODONTIE					
Orthodontie remboursée par RO	100%	150%	200%	250%	300%
Forfait Annuel Orthodontie non remboursée par RO	-	150 €	200 €	250 €	300 €
🔍 OPTIQUE					
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (5)					
Equipements de Classe A Reste à charge nul	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
EQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE (5)					
Equipements de Classe B					
Base de remboursement Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par an.					
(a) Monture + Verres simples (2 verres)	-	100 €	125 €	150 €	200 €
(c) Monture + Verres complexes ou Verres très complexe (2 verres)	-	200 €	225 €	250 €	300 €
Forfait Adulte (16 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans.					
(a) Monture + Verres simples (2 verres)	-	105 €	150 €	190 €	270 €
(c) Monture + Verres complexes ou Verres très complexe (2 verres)	-	220 €	270 €	320 €	460 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou 1 verre très complexe	-	125 €	185 €	245 €	335 €
Forfait annuel Lentilles remboursées ou non***	-	25 €	50 €	65 €	75 €
Forfait annuel chirurgie réfractive, laser, kératotomie	-	50 €	100 €	150 €	200 €

GARANTIES BIEN-ETRE

Remboursements Mutuelle

	BIEN-ETRE
🔍 BIEN-ETRE (Forfait annuel par bénéficiaire)	
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 Psychotérapie, 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

CE QU'IL FAUT SAVOIR

- 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.
- L'ensemble des bénéficiaires d'un contrat doit être sur les mêmes options de garantie.
- Tous les modules doivent être souscrits (sauf Hospî, garantie Non Responsable qui doit être souscrit seul).
- Les garanties HOSPI du contrat santé ci-dessus ne respectent pas l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables. Toutes les autres garanties du contrat santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables.
- L'écart entre le module « Hospitalisation » et les autres modules ne peut être < ou > à 2.
- Il bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables. En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.
- Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.
- La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la Mutuelle.

RO : Régime Obligatoire

OPTAM/OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgie Obstétrique)

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

FRAIS DE TÉLÉVISION EN CHIRURGIE ET MÉDECINE : envoyez les justificatifs à la mutuelle : 1.52 € / jour (maxi : 152.45 € par an)

** 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) tels que définis réglementairement. Dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins.
- (3*) tels que définis réglementairement. Dans la limite du plafond du contrat responsable.
- (4) tels que définis réglementairement. Dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins
- (4*) tels que définis réglementairement.

La mutuelle met à disposition un **Service d'accompagnement dédié aux soins dentaires**, chargé de vous assister dans vos demandes de prestations. La mutuelle se réserve le droit de soumettre et de conditionner son remboursement à un contrôle médical et/ou administratif de toutes prestations. Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à contacter nos services.

- (5) tels que définis réglementairement.
Pour les enfants de - de 16 ans, le forfait s'applique par période d'une année suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique, sauf pour les verres dans les conditions fixées par les textes officiels.
Pour les adultes ou enfants à partir de 16 ans, le forfait s'applique par période de 2 ans suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique. Le renouvellement anticipé des verres uniquement au terme d'une période minimale d'un an sera admis en cas d'une évolution de la correction, suivant la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique.
En dehors de ce cas, le renouvellement anticipé pour les verres uniquement est possible dans les conditions fixées par les textes et sous réserve de présentations des pièces justificatives nécessaires.
Les montants des forfaits comprennent le remboursement de la monture plafonné à 100 € maximum pour les équipements de Classe B. La monture est plafonnée à 30 € maximum pour les équipements de Classe A.

Un verre est dit « simple » si c'est un :

- » verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- » verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- » verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Un verre est dit « complexe » si c'est un :

- » verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- » verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- » verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- » verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- » verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- » verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- » verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Un verre est dit « très complexe » si c'est un :

- » verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- » verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- » verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- » verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

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.