



HOSPITALISATION accordée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

	Village 1 Base AMO + Mutuelle	Village 2 Base AMO + Mutuelle	Village 3 Base AMO + Mutuelle
Honoraires	150 %	200 %	300 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière par nuit :			
- Chirurgie, médecine, maternité illimitée	50 €	60 €	80 €
- Autres séjours (sauf psy) (1)	20 €	25 €	30 €
Chambre en ambulatoire : en hospitalisation avec une anesthésie et/ou chirurgie sans nuitée	20 €	30 €	40 €
Forfait journalier hospitalier (2)	Frais réel	Frais réel	Frais réel
Frais d'accompagnement par jour (3)	20 €	25 €	30 €
Forfait assuré pour actes supérieurs à 120 € et Forfait Patient (4)	Inclus	Inclus	Inclus
Frais de transport	100 %	100 %	100 %

(1) Chambre particulière autres séjours (hors psychiatrie) : limite de 60 jours par an en maison de convalescence et de repos, et en maison d'enfants à caractère sanitaire (milieu médical spécialisé). Limite 90 jours par an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. Limitation à 90 jours par an toutes disciplines particulières confondues. Placements à l'année et temporaires exclus. (2) Forfait hospitalier illimité en chirurgie, médecine et maternité. Limite de 30 jours par an en psychiatrie. Limite de 60 jours par an en maison de convalescence et de repos, maisons d'enfants à caractère sanitaire (milieu médical spécialisé). Limite de 90 jours par an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. Limitation à 90 jours par an toutes disciplines particulières confondues. Placement à l'année et temporaire exclus. (3) Frais d'accompagnement : montant par jour de médecine et chirurgie pour les personnes âgées de moins de 16 ans et de plus de 75 ans. Limite de 30 jours par an. (4) Le Forfait Patient Urgences (FPU/FPV) est facturé suite à un passage aux urgences non programmé et non suivi d'une hospitalisation.



DENTAIRE accordé par l'Assurance Maladie Obligatoire (forfait annuel renouvelable à date de consommation)

Soins	125 %	150 %	200 %
Orthodontie	200 %	250 %	325 %
Prothèses	200 %	250 %	350 %
- Plafond annuel des prothèses dentaires (TM inclus)	600 €	800 €	1 200 €
Implant (non pris en charge AMO limité à 1 par an)	100 €	300 €	500 €

Sont concernés : tous les actes entrant dans le cadre du dit « panier 100% Santé », du dit « panier maîtrisé » et du dit « panier libre » selon le taux indiqué de la garantie choisie. Le plafond dentaire est exprimé sur une année civile, uniquement sur la base des actes de prothèses dentaires conformes aux conditions d'attributions AMO, inscrites dans la nomenclature CCAM et dans la limite du montant mentionné ci-dessus. Au-delà, la Mutuelle ne procédera à aucun remboursement. En cas de changement d'option en cours d'année, le plafond est de fait proratisé. Le forfait implant est renouvelable après 12 mois révolus sans consommation. Les actes dentaires cotés AMO sont remboursables sur la base AMO et selon le niveau de couverture.



OPTIQUE accordé par l'Assurance Maladie Obligatoire (forfait annuel renouvelable à date de consommation)

Lunettes (verres et monture) adulte et enfant (1)	100 % + 150 €	100 % + 210 €	100 % + 300 €
- Bonus fidélité après 24 mois révolus sans consommation (2)	20 €	25 €	40 €
- Bonus fidélité après 36 mois révolus sans consommation (2)	60 €	70 €	100 €
Lentilles correctrices acceptées ou refusées AMO	100 % + 75 €	100 % + 110 €	100 % + 150 €
Opération de la myopie, implant multifocal (forfait / œil)	100 €	150 €	200 €

Retrouvez la liste des partenaires optiques sur le site www.mutuelle-precocia.fr

Sont concernés : tous les actes entrant dans le cadre du dit « panier A » et/ou du dit « panier B » remboursables sur la base AMO et selon le niveau de couverture.

(1) Un équipement est composé de deux verres et une monture. Le forfait est renouvelable au bout de 12 mois révolus sans consommation. Le forfait n'est pas appliqué en cas de changement de correction inférieur à 12 mois. (2) Les bonus ne sont pas cumulables et peuvent être alloués après 2 années d'adhésion révolus sans consommation. En cas de changement de garantie et/ou option, la prise en compte du délai de non consommation débute à la date de la nouvelle souscription.



AIDES AUDITIVES accordées par l'Assurance Maladie Obligatoire (forfait annuel renouvelable à date de consommation)

Prothèses (forfait par oreille renouvelable à date de consommation)	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €
- Bonus fidélité après 12 mois d'adhésion à la garantie	25 €	50 €	100 €
Consommables (piles)	100 %	100 %	100 %

Retrouvez la liste des partenaires auditifs sur le site www.mutuelle-precocia.fr

Sont concernés : tous les actes entrant dans le cadre de ladite « classe I » et/ou de ladite « classe II » remboursables sur la base AMO et selon le niveau de couverture. Le bonus s'applique par oreille à la date d'adhésion à l'option définie du dernier bulletin de souscription.



SOINS COURANTS accordés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Village 1 Base AMO + Mutuelle	Village 2 Base AMO + Mutuelle	Village 3 Base AMO + Mutuelle
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

Honoraires médicaux : Consultations et visites de généraliste et spécialiste dans le parcours de soins (1)	125 %	150 %	225 %
Médicaments (vignette à 15 %, 30 % et 65 %)	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de Laboratoire	100 %	100 %	100 %
Actes d'imagerie et d'échographie	100 %	125 %	150 %
Honoraires paramédicaux	100 %	125 %	150 %
Honoraires médicaux de surveillance et soins thermaux	100 %	100 %	100 %
Matériel Médical	125 %	150 %	200 %

(1) Les visites avec déplacements non médicalement justifiés sont prises en charge dans la limite de 100 % TC.



PREVENTION ET BIEN-ÊTRE

Consultation hors nomenclature : sur présentation de la facture originale nominative acquittée et effectuée par des professionnels de santé autorisés uniquement (avec Finess/Adeli/RPPS apposé) à l'exclusion de tout acte médical côté NR/HN.

Médicament (solution buvable, injectable ou comprimé) **prescrit sur ordonnance non remboursé par l'AMO** sur présentation de justificatif détaillé (selon la classification agréée par la Haute Autorité de Santé) à l'exclusion de la parapharmacie/préparation/homéopathie

Cure accordée par l'AMO : participation aux compléments tarifaires à hauteur de la facture originale nominative acquittée

80 € / an

100 € / an

150 € / an

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004 (Ostéodensitométrie osseuse, vaccins ...) : Actes prévus à l'article R871-2 du code de la Sécurité Sociale, dans la limite de prise en charge de la garantie choisie. Liste disponible auprès de la mutuelle.

 MA MUTUELLE ASSISTANCE (1)	Oui
 PRIME NAISSANCE (2)	Gratuité 1 an
 Zen'Hit Le succès de votre zénitude (3)	Oui

(1) Prestations définies au contrat par le prestataire. (2) Aucune cotisation n'est demandée pour les enfants nouveau-nés ou adoptés pendant les douze premiers mois de leur adhésion, dès lors que l'inscription a été faite à la date d'effet de l'évènement, et dans les 3 mois qui l'ont suivi. (3) Partenariat pour la gestion d'une offre de service d'aide à domicile.

- ❖ Les soins à l'étranger accordés par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) Française font l'objet d'un remboursement de la Mutuelle uniquement au ticket modérateur et sans forfait.
- ❖ Les taux indiqués s'entendent part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et part Mutuelle compris dans la limite des frais engagés selon la base de remboursement définie réglementairement. Les prestations sont calculées en fonction du tarif de convention applicable en vigueur.
- ❖ Ces garanties ne sont pas des garanties responsables et n'ont donc pas d'obligations réglementaires. Les taux en vigueur ne garantissent pas obligatoirement un Reste à Charge 0.
- ❖ Sont exclues de l'ensemble des garanties, toutes participations forfaitaires, franchises ou prestations n'entrant pas dans le champ de garantie des contrats. Sont notamment exclues la participation forfaitaire légale de 1 € (loi 2004-810 du 13/08/2004), les franchises médicales (article L322-2 du code de la Sécurité Sociale), et hors parcours de soins, la fraction des dépassements autorisés et le montant de la majoration de la participation de l'assuré (art. L 161-36-2, L 162-5 et L 162-5-3 du code de la Sécurité Sociale. Voir détail dans le règlement mutualiste.
- ❖ Les prestations présentées sont limitées pour tous les risques aux frais réels et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la mutuelle. Elles incluent le remboursement du régime obligatoire (AMO).
- ❖ Toute modification après la date de l'Assemblée générale de 2025 ne peut entraîner une participation supplémentaire de la mutuelle.

Document 2025 non contractuel.

Tarifs « Ma Mutuelle de Village » 2026

	Village 1		Village 2		Village 3	
	Mensuel	Annuel	Mensuel	Annuel	Mensuel	Annuel
De 0 à 25 ans	29 €	348 €	35 €	420 €	44 €	528 €
De 26 à 30 ans	37 €	444 €	46 €	552 €	51 €	612 €
De 31 à 40 ans	41 €	492 €	51 €	612 €	58 €	696 €
De 41 à 50 ans	46 €	552 €	58 €	696 €	69 €	828 €
De 51 à 60 ans	58 €	696 €	69 €	828 €	81 €	972 €
De 61 à 70 ans	69 €	828 €	81 €	972 €	98 €	1 176 €
De 71 à 80 ans	81 €	972 €	92 €	1 104 €	110 €	1 320 €
81 ans et plus	87 €	1 044 €	98 €	1 176 €	114 €	1 368 €

- ❖ Tarif par personne selon l'année de naissance
- ❖ Cotisation gratuite à partir du 3^{ème} enfant

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance santé

Mutuelle PRECOCIA – 21 Rue de Sarliève – Le Triangle – 2^{ème} étage – 63 800 COURNON

D'Auvergne immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité : RNM 779 209 436

Produit : Offres Individuelles **Non Responsables**



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 aux particuliers pour rembourser tout ou partie des frais médicaux restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français. Le produit est à caractère non responsable.



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

(Selon la garantie choisie)

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, actes, soins, participation forfaitaire pour les actes lourds
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie selon la garantie choisie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

LES GARANTIES OPTIONNELLES selon la garantie choisie

Chambre particulière, lit accompagnant
Implants dentaires et parodontologie
Chirurgie réfractive
Pack Prévention Bien-Etre prévu à la garantie
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Tiers Payant chez la plupart des professionnels de santé qui le souhaitent
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Service en ligne dans l'espace personnel

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les dépassements d'honoraires lors de soins pratiqués à l'étranger
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ 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 journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! La participation forfaitaire 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS selon la garantie choisie

- ! **Chambre particulière** : remboursement limité par an en fonction de la discipline particulière (convalescence, rééducation...)
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée par an en fonction de la garantie choisie
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils tous les 4 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée et dans la limite du ticket modérateur, hors forfait.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par le conseiller,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de demande de remboursements :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion. Aucun délai de stage n'est appliqué.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an 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.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions d'adhésion si la date est postérieure à la précédente.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 Octobre.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis : dans le cadre d'un contrat santé collectif à caractère obligatoire non familial pour l'adhérent seul, dans le cadre d'un contrat collectif familial pour l'ensemble de la famille, suite à l'obtention de la Complémentaire Santé Solidaire ...
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (loi Chatel),
- Par le biais de la résiliation infra annuelle dans les dispositions de l'Article L221-10-2 du code de la mutualité soit, après un an d'adhésion, dans un délai de 30 jours après la notification à la mutuelle,
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par la Mutuelle.
- En cas de changement de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie modifiant les conditions du contrat