








PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	AMO + AMC	
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Actes, soins, honoraires</b>				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	170 ou 150 % BR	250 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	40 ou 20 % BR	120 % BR	
Forfaits actes lourds	---	Frais réels	Frais réels	Actes affectés d'un coefficient > 60 ou d'un tarif supérieur à 120 €
Forfait journalier hospitalier (sauf en établissement médicaux sociaux)	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
<b>Séjours</b>				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné
- Chambre particulière :				Par jour
- en hospitalisation .....	---	62 €	62 €	
- en maternité .....	---	62 €	62 €	
- en psychiatrie .....	---	62 €	62 €	
- Frais d'accompagnement (moins de 16 ans) .....	---	40 €	40 €	
Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prime de naissance ou d'adoption	---	1/3 PMSS	1/3 PMSS	Forfait par enfant inscrit au contrat dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption
<b>DENTAIRE</b>				
Actes et soins dentaires	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Inlays et onlays remboursés par l'AMO*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Inlay cores remboursés par l'AMO	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Prothèses dentaires remboursées par l'AMO y compris prothèses implantoprotégées	70 % BR	330 % BR + 10 % PMSS /an	400 % BR + 10 % PMSS /an	
Prothèses dentaires non remboursées par l'AMO et implantologie	---	150 € / an	150 € / an	
Parodontologie non remboursée par l'AMO	---	80 € / an	80 € / an	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	270 % BR	340 ou 370 % BR	
Orthodontie non remboursée par l'AMO	---	150 € / an	150 € / an	
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
- Consultations et visites - médecins généralistes				Les visites avec déplacement non médicalement justifié sont prises en charges dans la limite de 100 % FR
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	160 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Consultations et visites - médecins spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	100 % BR	170 % BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
- Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
<b>Actes techniques et dépassements d'honoraires</b>				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	70 % BR	140 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
Sages-femmes	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
<b>Analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie</b>				
- Analyses médicales	60 ou 100 % BR	70 ou 30 % BR	130 % BR	
- Actes d'imagerie : radiographie, scanner, IRM				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	70 % BR	140 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
<b>Matériel médical</b>				
- Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
- Gros appareillage	100 % BR	50 % BR	150 % BR	
- Fourniture médicale et pansement	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
<b>Médicaments</b>				
- Médicaments à SMR* important, modéré et faible	65, 30 ou 15 % BR	35, 70 ou 85 % BR	100 % BR	
- Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO	---	40 €	40 €	Forfait par an
- Vaccins prescrits non remboursée par l'AMO	---	40 €	40 €	Forfait par an



PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	AMO + AMC	
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
- Aides auditives	60 % BR	445 % BR + 400 €	505 % BR + 400 €	Forfait par année civile pour deux prothèses. Hors entretien.   <b>KALIVIA :</b> Économie moyenne de 500 € pour un double appareillage. Offre d'accessibilité : une prothèse auditive à moins de 700 € (offre Prim'Audio). Dépistage et essais gratuits. kit d'entretien fourni. garantie panne 4 ans.
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Lunettes</b>	Un équipement composé de 2 verres et d'une monture par période de 2 ans à partir de 18 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue et pour les moins de 18 ans.			
- Monture seule	60 % BR	395 % BR	455 % BR	 <b>KALIVIA :</b> réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres. Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total (*offre Malin*). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
- 2 verres simples classe A	60 % BR	9 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS	
- 2 verres complexes classe C	60 % BR	14,60 % PMSS	60 % BR + 14,60 % PMSS	
- 2 verres très complexes classe F	60 % BR	14,60 % PMSS	60 % BR + 14,60 % PMSS	
- 1 verre simple classe A et 1 verre complexe classe C	60 % BR	11,80 % PMSS	60 % BR + 11,80 % PMSS	
- 1 verre simple classe A et 1 verre très complexe classe F	60 % BR	11,80 % PMSS	60 % BR + 11,80 % PMSS	
- 1 verre complexe classe C et 1 verre très complexe classe F	60 % BR	14,60 % PMSS	60 % BR + 14,60 % PMSS	
<b>Lentilles</b>				 <b>KALIVIA :</b> Économie moyenne de 30 % sur les lentilles.
- Lentilles correctrices remboursées ou non par l'AMO	60 % BR	40 % BR + 180 €	100 % BR + 180 €	Par an
<b>BIEN-ÊTRE ET SANTÉ AU TRAVAIL</b>				
Cures thermales : forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et de transport	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	100 % BR	
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, sophrologue.	---	40 € par séance 2 séances par an	40 € par séance 2 séances par an	 <b>KALIXIA Ostéo :</b> Rapport qualité/prix optimisé chez les ostéopathes partenaires
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 à 150 €	0 à 150 €	0 à 150 €	Forfait par an
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Santé au travail : dépistages maladies cardio-vasculaires, prévention des risques psycho sociaux, alimentation	---	OUI	OUI	
<b>SERVICES PLUS</b>				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
<b>MÉDECINDIRECT</b> Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24H/24 - 7J/7	---	OUI	OUI	 <b>à vos côtés, où que vous soyez</b> - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé.
Accès aux ateliers prévention santé : initiations aux premiers secours, gestes d'urgences pédiatriques, marche nordique et Qi Gong	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle.

\* AMO : Assurance Maladie Obligatoire / AMC : Assurance Maladie Complémentaire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. / FR : Frais Réels. / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens / SMR : le Service Médical Rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par l'AMO.

La mutuelle prend en charge la franchise forfaitaire sur les actes médicaux, réalisés en hospitalisation et hors hospitalisation, affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60 soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros. Sont exclues de l'ensemble des garanties, toutes participations forfaitaires, franchises ou prestations exclues du champ de garantie des contrats responsables. Sont exclus notamment : la participation forfaitaire légale de 1 €, les franchises médicales (art. L322-2 du code de la sécurité sociale) et, hors parcours de soins, la fraction des dépassements autorisés et le montant des dépassements prévus au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale. 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 les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire, les remboursements s'effectuent sur présentation de la facture nominative acquittée.



## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/01/2019)

Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

Sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite, vous trouverez ci-dessous des informations complémentaires de prise en charge en fonction des garanties choisies.

- ▶ Sauf mention contraire, les remboursements de la Mutuelle s'entendent dans la limite des frais réels (FR) engagés et par rapport au Tarif de Convention (TC) ou à la Base de remboursement (BR) appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au secteur conventionné.
- ▶ La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds dont les actes médicaux lourds réalisés en hospitalisation et hors hospitalisation, affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60 soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
- ▶ Toute évolution des règles de remboursement de l'AMO pourra entraîner des modifications des prestations de la Mutuelle.
- ▶ Toute minoration de remboursement de l'AMO résultant de la loi 2004-810 relative à l'Assurance Maladie (participation forfaitaire, majoration de participation...) ou de la loi de financement 2008 (franchise médicale) n'est pas prise en charge par la Mutuelle.
- ▶ Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.
- ▶ Les soins pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.
- ▶ Sans mention contraire, pour les forfaits et les plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire.
- ▶ Depuis le 1er janvier 2017, deux options de pratiques tarifaires maîtrisées : Optam et Optam-CO (chirurgie et obstétrique) ont été mises en place à l'attention des médecins de secteur 2 (et à titre dérogatoire à certains médecins du secteur 1) afin d'encadrer les dépassements d'honoraires et permettre aux assurés d'être mieux remboursés dans le cadre des complémentaires santé « responsables ». Pour savoir si le médecin pratique l'OPTAM/OPTAM-CO : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

### HOSPITALISATION

- ▶ Les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- ▶ Chambre particulière ambulatoire : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre de la chambre particulière en ambulatoire.
- ▶ Frais d'accompagnement : par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre :
  - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative.
  - Repas : sur présentation d'une facture nominative et acquittée.
  - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Les frais d'accompagnement sont remboursés au bénéficiaire des garanties hospitalisées.

- ▶ En secteur non conventionné, les tarifs sont reconstitués sur la base du tarif de convention ou prix unitaire selon la nomenclature sécurité sociale des actes.

### OPTIQUE

- ▶ L'équipement ou le traitement font l'objet d'un remboursement sur présentation d'une ordonnance et d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ Le forfait lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.
- ▶ Forfait Lunettes moins de 18 ans = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de prise en charge de 1 an.
- ▶ Forfait Lunettes 18 ans et plus = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de deux verres et d'une monture pour une période de prise en charge de 2 ans. Cette période est ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.
- ▶ Évolution de la vue : changement de correction par rapport au dernier équipement pris en charge par l'AMO sur présentation d'un justificatif de l'ophtalmologiste ou de l'opticien.
- ▶ Pour calculer le délai de 1 an ou de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'achat de l'équipement ou du premier élément de l'équipement si achat dissocié.
- ▶ Le niveau de remboursement est déterminé selon le code LPP du verre relevant de la nomenclature de la Sécurité sociale, comme suit :

#### MOINS DE 18 ANS

- **Catégorie A :** Codes LPP = 2200393, 2242457, 2261874, 2270413.

- **Catégorie C :** Codes LPP = 2206800, 2219381, 2238941, 2243304, 2243540, 2245036, 2248320, 2268385, 2273854, 2283953, 2291088, 2297441.

- **Catégorie F :** Codes LPP = 2202452, 2234239, 2238792, 2240671, 2259245, 2259660, 2264045, 2282221.

#### 18 ANS ET PLUS

- **Catégorie A :** Codes LPP = 2203240, 2226412, 2259966, 2287916.

- **Catégorie C :** Codes LPP = 2212976, 2235776, 2252668, 2254868, 2263459, 2265330, 2280660, 2282793, 2284527, 2288519, 2295896, 2299523, 2227038, 2290396, 2291183, 2299180.

- **Catégorie F :** Codes LPP = 2202239, 2245384, 2252042, 2295198.

- ▶ Le forfait lentilles non remboursées par l'AMO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet)
- ▶ On entend par "chirurgie réfractive" toute intervention de chirurgie sur les yeux permettant de corriger les défauts visuels (implant et laser)

### DENTAIRE

- ▶ Pour les actes non remboursés par l'AMO, ces dits actes doivent être inscrits à la classification commune des actes médicaux pour être pris en charge.
- ▶ La prise en charge de l'orthodontie non remboursée par l'AMO se fait par un forfait semestriel.

### AUTRES PRESTATIONS

- ▶ Prime naissance ou adoption : la naissance d'un enfant au sein d'un foyer déclenche le versement d'une allocation ou prime de naissance dès lors que l'inscription de l'enfant a été faite dans les 3 mois qui suivent la naissance. Il n'est versé qu'une prime par foyer et il n'est pas limité en cas de naissances multiples. La prime naissance est également versée en cas

d'adoption dès lors que l'inscription de l'enfant a été faite dans les 3 mois qui suivent l'adoption.

- ▶ Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
  - acupuncteur : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
  - ostéopathe, chiropracteur, sophrologue : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués par des médecins, auxiliaires médicaux, ou professionnels justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée. La facture doit préciser le numéro d'agrément l'Agence Régionale de Santé (répertoire ADEL) ou le diplôme dans la spécialité.
  - ▶ Le poste matériel médical couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les prothèses auditives qui font l'objet d'un poste distinct. Se retrouvent notamment dans ce poste les prestations cotées en AAD, AAR, MAC, MAD, PAN, OPT ou VEH par l'Assurance Maladie Obligatoire dont les cannes, les pansements, les solutions viscoélastiques, les bas de contention, l'apnée du sommeil, les prothèses mammaires, le lit médical, le fauteuil roulant et le matériel pour amblyopie.
  - ▶ Le poste pharmacie non remboursée se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire pour les médicaments prescrits non remboursés.

### ACTES DE PRÉVENTION

- ▶ Le poste prévention prend en charge les actes de prévention suite au décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 et de ses arrêtés subséquents :
  - scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (AXI), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
  - détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (AXI) ;
  - bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;
  - dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
  - dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
  - acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire : sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;
  - vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite et ce quel que soit l'âge, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.