

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	AMO + AMC	
HOSPITALISATION				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	100 ou 80 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	70 ou 50 % BR	150 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	
Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Chambre particulière	---			
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	40 € / jour	40 € / jour	Soins de suite et de réadaptation - 90 jours par an portés à 180 jours en centre agréé de rééducation fonctionnelle. Psychiatrie / Maisons d'enfants à caractère sanitaire - 90 jours par an.
- Soins de suite et de réadaptation	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Psychiatrie	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	
- Frais d'accompagnement	---	15 € / jour	15 € / jour	Montant par jour de médecine et chirurgie pour les bénéficiaires hospitalisés, sans limite d'âge. Limité à 10 jours par an.
Assistance en cas d'hospitalisation ou chirurgie ambulatoire : aide à domicile, garde des personnes dépendantes à charge, garde des animaux familiers	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance
Assistance en cas de traitement longue durée : mise à disposition d'une enveloppe de services, à hauteur de 600 euros	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention remboursés par l'AMO	---	OUI	OUI	Liste des actes disponibles auprès de la Mutuelle
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO : honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux, forfait hébergement et transport	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR + 150 €	100 % BR + 150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, psychologue, hypnothérapeute	---	30 € / séance 3 séances/an/ bénéficiaire	30 € / séance 3 séances/an/ bénéficiaire	KALIXIA Ostéo : Rapport qualité/prix optimisé chez les ostéopathes partenaires
Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO (vitamines, vaccins anti-grippe, médicaments non remboursés par l'AMO...) et automédication	---	40 €	40 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Actes de prévention non remboursés par l'AMO : ostéodensitométrie, dépistage des troubles de l'audition, dépistage de l'hypertension artérielle	---	40 €	40 €	Forfait par an et par bénéficiaire
DENTAIRE				
Actes, soins dentaires	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Inlay-onlay	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Prothèses dentaires	70 % BR	165 % BR	235 % BR	
Inlay core	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Orthodontie	70 ou 100 % BR	30 ou 0 % BR	100 % BR	
Dentaire non remboursé par l'AMO				
- Implantologie dentaire non remboursée par l'AMO	---	350 €	350 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Parodontologie non remboursée par l'AMO	---	150 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses et autres actes dentaires non remboursés par l'AMO	---	150 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE				
Lunettes	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. 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.			
- Monture	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	KALIVIA : 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.
- Verre unifocal - faible correction	60 % BR	55 €	60 % BR + 55 €	
- Verre unifocal - forte correction	60 % BR	100 €	60 % BR + 100 €	
- Verre progressif ou multifocal - faible correction	60 % BR	110 €	60 % BR + 110 €	
- Verre progressif ou multifocal - forte correction	60 % BR	135 €	60 % BR + 135 €	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	KALIVIA : Économie moyenne de 30 % sur les lentilles.
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	120 €	120 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	200 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	AMO + AMC	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR 70 % BR	55 % BR 30 % BR	125 % BR 100 % BR	
- Consultations et visites - médecins spécialistes - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR 70 % BR	110 % BR 80 % BR	180 % BR 150 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux	60 % BR	65 % BR	125 % BR	
Analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie				
- Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	65 % BR	125 % BR	
- Actes d'imagerie - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR 70 % BR	110 % BR 80 % BR	180 % BR 150 % BR	
Actes techniques et de chirurgie				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	120 ou 80 % BR	180 % BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
AIDES AUDITIVES				
Aides auditives	60 % BR	220 % BR	280 % BR	KALIVIA : Économie moyenne de 500 € pour un double appareillage. <small>Offre d'accessibilité - une aide auditive à moins de 700 € (offre Prim'Audio). Dépistage et essais gratuits, kit d'entretien fourni, garantie panne 4 ans.</small>
SANTÉ CONNECTÉE				
Glucomètre, autotensiomètre (connecté ou non connecté)	---	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire
ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE				
Accompagnement à la reprise d'une activité physique adaptée :				
- Bilan physique réalisé à domicile par un coach sportif spécialisé - Rédaction d'un bilan individualisé incluant des préconisations de pratiques adaptées aux besoins, capacités et envies	---	OUI	OUI	Détail de la prestation disponible auprès de la Mutuelle
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne :				
- Accompagnement des aidants : bilan situationnel par un ergothérapeute, bilan social, prévention de l'épuisement de l'aidant, santé et bien-être de l'aidant, assistance en cas de situation de crise... - Accompagnement lors d'un décès : aide à l'organisation des obsèques, conseil devis obsèques et service d'accompagnement et d'écoute en cas de perte d'un proche...	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance
MEDECINDIRECT Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24h/24 - 7j/7 : - Proposition d'un diagnostic médical. - Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	---	OUI	OUI	 à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé
Accès aux ateliers prévention santé : nutrition, marche nordique, qi-gong, relaxation, gestes et confort du dos	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale

* 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. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / 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.
Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. Voir autres conditions et limitations dans la partie "Informations complémentaires sur vos remboursements".

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, 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.
- ▶ Sauf mention contraire pour les forfaits ou 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://annuairesante.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 acquittée.
 - 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.

OPTIQUE

- ▶ L'équipement ou la chirurgie font l'objet d'un remboursement sur présentation d'une ordonnance et d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ On entend par "chirurgie réfractive" toute intervention de chirurgie sur les yeux permettant de corriger les défauts visuels (implant et laser).
- ▶ Le forfait Lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.
- ▶ **Forfait lunettes** : frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans (1 an pour les moins de 18 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 entre faible et forte correction est déterminé selon le code LPP du verre relevant de la nomenclature de la Sécurité sociale, comme suit :

MOINS DE 18 ANS

- Verre unifocal, faible correction : codes LPP = 2200393, 2242457, 2261874, 2270413.
- Verre unifocal, forte correction : codes LPP = 2206800, 2219381, 2238941, 2243304, 2243540, 2245036, 2248320, 2268385, 2273854, 2283953, 2291088, 2297441.
- Verre multifocal ou progressif faible, forte correction : codes LPP = 2202452, 2234239, 2238792, 2240671, 2259245, 2259660, 2264045, 2282221.

18 ANS ET PLUS

- Verre unifocal, faible correction : codes LPP = 2203240, 2226412, 2259966, 2287916.
- Verre unifocal, forte correction : codes LPP = 2212976, 2235776, 2252668, 2254868, 2263459, 2265330, 2280660, 2282793, 2284527, 2288519, 2295896, 2299523.
- Verre multifocal ou progressif, faible correction : codes LPP = 2227038, 2290396, 2291183, 2299180.
- Verre multifocal ou progressif, forte correction : 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).

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.
- ▶ **Plafond dentaire** : ce plafond s'applique aux remboursements de la Mutuelle pour les prothèses dentaires et inlay core pris en charge par l'AMO, hors ticket modérateur et hors remboursement complémentaire du renfort si souscrit. Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.

SOINS COURANTS

- ▶ **Le poste Orthopédie, accessoires, appareillage, produits** couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les aides auditives qui font l'objet de postes distincts. 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 ainsi que le matériel pour amblyopie.

PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

- ▶ **Les actes de médecine non remboursée par l'AMO** doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, psychologue, hypnothérapeute : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraire, 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 ADELI) ou le diplôme dans la spécialité.
 - acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ **Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO** : ce poste permet la prise en charge de tous les éléments prescrits non remboursés par l'AMO sur présentation d'un justificatif de la prescription médicale et de la facture acquittée de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ **Automédication** : Le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments allopathiques en accès libre à prescription médicale facultative, pour les allergies, les douleurs, les troubles de la sphère ORL, les troubles gastro-intestinaux et les troubles oculaires. Les médicaments concernés sont ceux figurant sur la base de données Vidal consultable sur le site : <https://www.vidal.fr/Sommaires/Medicaments-A.htm>
- ▶ **Actes de prévention non remboursés par l'AMO** : ce poste permet la prise en charge de l'ostéodensitométrie, du dépistage des troubles de l'audition, du dépistage de l'hypertension artérielle, sur présentation de la facture acquittée, précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ **Santé connectée** : ce poste permet la prise en charge des glucomètres et autotensiomètres connectés ou non connectés achetés en pharmacie, sur présentation de la facture acquittée, précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ **Activité physique adaptée** : ce poste vous permet de bénéficier d'un bilan personnalisé de reprise d'activité physique au domicile par un coach sportif spécialisé, ainsi que de la rédaction d'un bilan individualisé. Cette prestation est valable une fois par bénéficiaire et par contrat. Le détail de cette prestation est disponible sur demande auprès de la Mutuelle.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUE OU TARIF RÉGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL			
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	Frais réels	Frais réels	0 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	355 €	0 €	Le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire intègre également la participation du patient d'un montant de 24 €.	Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	159,85 €	407,55 €	23,45 €	Le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire intègre également la participation du patient d'un montant de 24 €.	Prix moyen national de l'acte pour un oeil

SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	24 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	29 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	23 €	43 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L322-2 Code Sécurité sociale).	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	18,40 €	33,50 €	22,50 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L322-2 Code Sécurité sociale).	Prix moyen national de l'acte

DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	28,92 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur molaire	538,70 €	75,25 €	177,38 €	252,63 €	286,08 €		Prix moyen national de l'acte

OPTIQUE							
Équipement optique : monture + 2 verres unifocaux	345 €	6,10 €	190 €	196,10 €	148,90 €	Équipement pour les 18 ans et plus - verres simples unifocaux (faible correction). Prise en charge une fois tous les 2 ans pour les 18 ans et plus, sauf en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.	Prix moyen national de l'acte

AIDES AUDITIVES							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	180 €	660 €	840 €	636 €	Équipement pour les plus de 20 ans	Prix moyen national de l'acte

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens).

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel