



Suite à l'avenant n°21 de l'avenant n°83	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
HOSPITALISATION				
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques médicaux d'obstétrique)				
- médecins ayant adhéré au CAS*	80 % - 100 %	170 % - 150 %	250 %	Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	80 % - 100 %	120 % - 100 %	200 %	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % - 100 %	170 % - 150 %	250 %	Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.
- Forfait journalier hospitalier	---	FRAIS RÉEL	FRAIS RÉEL	
- Chambre particulière en secteur conventionné	---	90 €/JOUR	90 €/JOUR	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Forfait ambulatoire	---	20 €/JOUR	20 €/JOUR	
- Frais d'accompagnant	---	30 €/JOUR	30 €/JOUR	Frais d'accompagnant : montant par jour en médecine ou chirurgie pour les personnes âgées de moins de 16 ans et de plus de 75 ans.
Maternité				
- Fécondation in vitro	---	450 €	450 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Consultation pré-conceptionnelle (rencontre du couple avec un professionnel de santé gynécologue, sage-femme, médecin généraliste)	---	60 €	60 €	Prise en charge de la consultation à hauteur maximale de 60 €.
- Grossesse et suivi d'accouchement : entretien hygiéno-diététique auprès d'un diététicien	---	50 €	50 €	Forfait pour une séance.
- Accompagnement allaitement : 3 consultations d'allaitement à domicile de sages-femmes dans les 6 premiers mois du bébé	---	27 €	27 €	Montant par consultation, limité à 3 interventions.
- Prime de naissance ou d'adoption	---	500 €	500 €	Forfait par enfant inscrit au contrat dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption.
Assistance en cas d'hospitalisation en ambulatoire ou supérieur à 24H : aide à domicile, garde ou transfert des enfants, garde ou transfert des ascendants dépendants, garde des animaux	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
Assistance en cas de maternité : aide à domicile, mise à disposition d'une auxiliaire puéricultrice, d'informations et de conseils	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
DENTAIRE				
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %	
Inlays et onlays	70 %	380 %	450 %	
Prothèses remboursées RO*	70 %	400 %	470 %	
Prothèses non remboursées RO*	---	380 %	380 %	
Inlay-core et inlay-core à clavettes	70 %	260 %	330 %	
Implantologie	---	1 100 €	1 100 €	Forfait par implant, limité à 3 implants par an.
Orthodontie				
- Remboursée RO*	70 % - 100 %	230 % - 200 %	300 %	
- Non remboursée RO*	---	300 %	300 %	
Parodontologie	---	300 €	300 €	Forfait par an, par bénéficiaire.
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - Médecin généraliste et spécialiste				
- médecins ayant adhéré au CAS*	70 %	180 %	250 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 %	130 %	200 %	
Actes techniques				
- médecins ayant adhéré au CAS*	70 %	180 %	250 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 %	130 %	200 %	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	35 %	100 %	
- Médicaments à SMR* modéré	30 % BR	70 %	100 %	
- Médicaments à SMR* faible	15 % BR	85 %	100 %	
Automédication (médicaments non prescrits) et Homéopathie (prescrite non remboursée)	---	30 €	30 €	Sur présentation de la facture nominative de la pharmacie. Le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments allopathiques en accès libre et à prescription médicale facultative, pour les allergies, les douleurs, les troubles de la sphère ORL, les troubles gastro-intestinaux et les troubles oculaires, médicaments figurant sur la liste de l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament).
Portage des médicaments suite à une hospitalisation	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance
Actes d'imagerie				
- médecins ayant adhéré au CAS*	70 % - 80 %	100 % - 90 %	170 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % - 80 %	80 % - 70 %	150 %	
Analyses	60 %	50 %	110 %	
Auxiliaires médicaux	60 %	50 %	110 %	
Transport remboursé RO*	65 %	35 %	100 %	
Prothèses auditives	60 %	40 % + 1 400 €	100 % + 1 400 €	Forfait par année civile pour deux oreilles. KALIVIA : 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.
Autres prothèses, orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 % - 100 %	40 % - 0 % + 800 €	100 % + 800 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
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.			
- Monture	60 %	130 €	60 % + 130 €	 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 simple	60 %	90 €	60 % + 90 €	
- Verre unifocal complexe	60 %	150 €	60 % + 150 €	
- Verre multifocal ou progressif simple	60 %	220 €	60 % + 220 €	
- Verre multifocal ou progressif complexe	60 %	310 €	60 % + 310 €	
Lentilles correctrices				
- Lentilles remboursées RO*	60 %	40 % + 200 €	100 % + 200 €	 KALIVIA : économie moyenne de 30 % sur les lentilles. Forfait par an, par bénéficiaire.
- Forfait lentilles non remboursées	---	200 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire.
Chirurgie réfractive de la vision	---	800 €	800 €	Forfait par an, par œil.
BIEN-ÊTRE				
Cure thermale				
- Honoraires et frais de traitement	65 %	35 %	100 %	Limité à une intervention par année civile.
- Frais de voyage et d'hébergement	---	350 €	350 €	
Médecines complémentaires : acupuncteur, diététicien, ostéopathe, chiropracteur, psychologue	---	150 €	150 €	Forfait global, par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraceptifs, vaccins	---			
PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL				
Actes de prévention	60 % - 70 %	40 % - 30 %	100 %	Liste des actes disponibles auprès de la mutuelle.
Santé au travail : dépistages maladies cardio-vasculaires, prévention des risques psycho sociaux, alimentation	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle.
Risques psycho sociaux : mise à disposition des salariés d'une cellule d'écoute et de soutien psychologique	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
Aidants familiaux : soutien psychologique et social pour accompagner les aidants dans leur recherche de solutions et leur offrir un répit.	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	
Assistance vie quotidienne				
- Nounou hospitalisée : organisation de la garde des enfants				Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
- Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, présence d'un proche au chevet	---	OUI	OUI	
- Hospitalisation en ambulatoire : retour à domicile en taxi ou VSL				
- Aide à l'organisation des obsèques				
Service information santé : des experts répondent à vos questions de santé en ligne, des diététiciens et tabacologues vous proposent un coaching téléphonique personnalisé...	---	OUI	OUI	Accès à Priorité Santé Mutualiste : en vous rendant sur le site prioritesantemutualiste.fr ou en composant le 3935.
Accès aux ateliers prévention santé : initiations aux premiers secours, gestes d'urgences pédiatriques, marche nordique et tai-chi	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle.

*BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 269 € au 1^{er} janvier 2017 RO : Régime Obligatoire. CAS : contrat d'accès aux soins. SMR : le service médical rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par le RO et la couleur des vignettes supprimées en 2014 : SMR important (vignette blanche), SMR modéré (vignette bleue) et SMR faible (vignette orange) Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le régime obligatoire (RO).

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^e de l'article L162-5 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 du régime obligatoire. Pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire, les remboursements s'effectuent sur présentation de la facture nominative acquittée.

Voir autres conditions et limitations dans la partie "informations complémentaires sur vos remboursements".

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/01/2017)

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 le Régime Obligatoire (RO) au secteur conventionné.
- ▶ 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.
- ▶ Toute évolution des règles de remboursement du RO pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.
- ▶ Toute minoration de remboursement du RO 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 non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.

HOSPITALISATION

- ▶ **Forfait ambulatoire** : forfait pour la chambre particulière à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- ▶ **Frais d'accompagnant*** : par frais d'accompagnant dans le cadre de l'hospitalisation en chirurgie ou médecine des personnes âgées de moins de 16 ans et de plus de 75 ans, il faut entendre :
 - hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée d'un établissement hôtelier en cas de non possibilité d'hébergement par le centre hospitalier.
 - Repas : sur présentation d'une facture nominative et acquittée d'un établissement de restauration en cas de non possibilité de restauration au sein du centre hospitalier.
 - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

*Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes désignées par l'adhérent. Les frais d'accompagnant sont remboursés à l'adhérent.

- ▶ **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

- ▶ On entend par "poste optique" toute fourniture d'optique médicale, ou intervention de chirurgie ou pose d'implants oculaires. L'équipement, l'intervention ou le traitement doit avoir fait l'objet d'une prescription médicale.
- ▶ 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 le RO 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:

Correction	Codes LPP associés
Verre unifocal simple	22 61874, 22 42457, 22 00393, 22 70413, 22 03240, 22 87916, 22 59966, 22 26412
Verre unifocal complexe	22 43540, 22 97441, 22 43304, 22 91088, 22 73854, 22 48320, 22 83953, 22 19381, 22 38941, 22 68385, 22 45036, 22 06800, 22 82793, 22 63459, 22 80660, 22 65330, 22 35776, 22 95896, 22 84527, 22 54868, 22 12976, 22 52668, 22 88519, 22 99523

Verre multifocal simple	22 59245, 22 64045, 22 40671, 22 82221, 22 90396, 22 91183, 22 27038, 22 99180
Verre multifocal complexe	22 38792, 22 02452, 22 34239, 22 59660, 22 45384, 22 95198, 22 02239, 22 52042

- Le forfait lentilles non remboursées RO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).
- On entend par "traitement chirurgical de la vision" toute intervention de chirurgie sur les yeux.

DENTAIRE

- ▶ Pour les actes non remboursés par le RO, 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 le RO se fait par un forfait semestriel, limité à 6 semestres par personne.

AUTRES PRESTATIONS

- ▶ Les visites avec déplacement non médicalement justifiées sont prises en charge dans la limite de 100% du BR.
- ▶ Prime naissance ou d'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.
- ▶ Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, 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 ADEL) ou le diplôme dans la spécialité.
 - acupuncteur: prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ Le poste autres prothèses, orthopédie, accessoires, produits 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 le régime 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 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 (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première 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 (SC12) ;
 - 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 L. 162-1-7, 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.