

Mise à jour suite avenant du 7 octobre 2015	REMBOURSEMENT RO* dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
H HOSPITALISATION				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	80 - 100% BR	140 ou 120% BR	220% BR	Honoraires en établissements non conventionnés non pris en charge
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	80 - 100% BR	120 ou 100% BR	200% BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Dans la limite de 18€ par jour en hôpital ou en clinique et 13,50€ par jour dans le service psychiatrique
Séjours				
- Frais de séjour	80 - 100% BR	120 ou 100% BR	200% BR	
- Chambre particulière par jour	---	60 €	60 €	Chambre particulière en établissements non conventionnés non prise en charge
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	
- Frais d'accompagnant	---	60 €	60 €	Par jour
+ MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - médecins généralistes				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70% BR	80% BR	150% BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70% BR	60% BR	130% BR	
Consultations et visites - médecins spécialistes				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70% BR	150% BR	220% BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70% BR	130% BR	200% BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 - 80% BR	75 - 65% BR	145% BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 - 80% BR	55 - 45% BR	125% BR	
Actes techniques				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70% BR	100% BR	170% BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70% BR	80% BR	150% BR	
Analyses	60% BR	40% BR	100% BR	
Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR	100% BR	
Transport	65% BR	35% BR	100% BR	
Pharmacie : Médicaments à SMR* important, modéré et faible	15% - 30% - 65%	85% - 70% ou 35% BR	100% BR	
Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 - 100%	140 ou 100% BR	200% BR	
- Prothèses auditives	60% BR	40% BR	100% BR	
- Forfait prothèses auditives remboursées RO	---	600 €	600 €	Montant par oreille dans la limite de 2 prothèses par an sur prescription médicale
DENTAIRE				
Soins dentaires, dont inlay onlay	70% BR	130% BR	200% BR	
Prothèses dentaires	Limite à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie à 125% BR			
- Remboursées : dents du sourire	70% BR	230% BR	300% BR	Dents du sourire : incisives, canines, prémolaires
- Remboursées : dents de fond de bouche	70% BR	130% BR	200% BR	Dents de fond de bouche : molaires et dents de sagesse
- Inlays-cores	70% BR	130% BR	200% BR	
- Non remboursée RO*	---	200 €	200 €	Par an et par bénéficiaire
Orthodontie				
- Remboursée RO*	70 - 100% BR	230% ou 200% BR	300% BR	
- Non remboursée RO*	---	250% BR	250% BR	Sur la BR reconstituée sur base T090
Parodontologie	---	200 €	200 €	Par an et par bénéficiaire
Implantologie	---	500 €	500 €	Par an et par bénéficiaire

Mise à jour suite avenant du 7 octobre 2015	REMBOURSEMENT RO* dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
OPTIQUE				
LUNETTES (Moins de 18 ans)	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an.			
Montures	60%	75 €	60% BR + 75 €	
Verre unifocal, sphère de -6 à +6	60%	50 €	60% BR + 50 €	LPP : 2242457, 2261874
Verre unifocal, sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	60%	85 €	60% BR + 85 €	LPP : 2243304, 2243540, 2291088, 2297441
Verre unifocal, sphère de <-10 ou >+10	60%	90 €	60% BR + 90 €	LPP : 2248320, 2273854
Verre unifocal, cylindre <=+4 sphère de -6 à +6	60%	60 €	60% BR + 60 €	LPP : 2200393, 2270413
Verre unifocal, cylindre <=+4 sphère de <-6 ou >+6	60%	90 €	60% BR + 90 €	LPP : 2219381, 2283953
Verre simple unifocal, cylindre >+4 sphère de -6 ou +6	60%	100 €	60% BR + 100 €	LPP : 2238941, 2268385
Verre simple unifocal, cylindre >+4 sphère de <-6 ou >+6	60%	110 €	60% BR + 110 €	LPP : 2206800, 2245036
Verre multifocal, sphère de -4 à +4	60%	115 €	60% BR + 115 €	LPP : 2264045, 2259245
Verre multifocal, sphère de <-4 à >+4	60%	125 €	60% BR + 125 €	LPP : 2202425, 2238792
Verre multifocal, sphère de -8 à +8	60%	135 €	60% BR + 135 €	LPP : 2240671, 2282221
Verre multifocal, sphère de <-8 à >+8	60%	145 €	60% BR + 145 €	LPP : 2234239, 2259660
LUNETTES (À partir de 18 ans)	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.			
Montures	60%	100 €	60% BR + 100 €	
Verre unifocal, sphère de -6 à +6	60%	80 €	60% BR + 80 €	LPP : 2203240, 2287916
Verre unifocal, sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	60%	90 €	60% BR + 90 €	LPP : 2263459, 2265330, 2280660, 2282793
Verre unifocal, sphère de <-10 ou >+10	60%	100 €	60% BR + 100 €	LPP : 2235776, 2295896
Verre unifocal, cylindre <=+4 sphère de -6 à +6	60%	90 €	60% BR + 90 €	LPP : 2226412, 2259966
Verre unifocal, cylindre <=+4 sphère de <-6 ou >+6	60%	100 €	60% BR + 100 €	LPP : 2254868, 2284527
Verre simple unifocal, cylindre >+4 sphère de -6 ou +6	60%	110 €	60% BR + 110 €	LPP : 2212976, 2252668
Verre simple unifocal, cylindre >+4 sphère de <-6 ou >+6	60%	120 €	60% BR + 120 €	LPP : 2288519, 2299523
Verre multifocal, sphère de -4 à +4	60%	140 €	60% BR + 140 €	LPP : 2290396, 2291183
Verre multifocal, sphère de <-4 à >+4	60%	150 €	60% BR + 150 €	LPP : 2245384, 2295198
Verre multifocal, sphère de -8 à +8	60%	160 €	60% BR + 160 €	LPP : 2227038, 2299180
Verre multifocal, sphère de <-8 à >+8	60%	170 €	60% BR + 170 €	LPP : 2202239, 2252042
LENTILLES				
Lentilles remboursées RO (y compris jetables)	60%	40%	100% BR	
Forfait lentilles remboursées ou non par le RO	-	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Chirurgie réfractive	-	700 €	700 €	Forfait par an, par cell et par bénéficiaire
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention	---	100% BR	100% BR	Liste des actes disponibles auprès de la mutuelle
Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, pédicure, podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue)	---	---	25 € / séance	Dans la limite de 3 séances par an
SERVICES PLUS				
Assistance	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd Assistance
Priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnel	---	OUI	OUI	
Atelier santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien	---	OUI	OUI	
Fonds social : un accès aux soins pour tous	---	OUI	OUI	

* RO : régime obligatoire / BR : base de remboursement / CAS : contrat d'accès aux soins. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement du régime obligatoire. / 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), SMR faible (vignette orange).

Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le RO. Voir autres conditions et limitations dans la partie "Informations complémentaires sur vos remboursements".

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.
- Sauf mention contraire pour les forfaits par an, il faut entendre une année civile.

HOSPITALISATION

- Les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- **Forfait ambulatoire** : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre du forfait ambulatoire.
- **Frais d'accompagnant** : par frais d'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation, 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.

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.
- La prise en charge est limitée aux ordonnances datant de moins de 3 ans.
- 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 un 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 :

Corrections	Code LPP associés
Verre unifocal, sphère de -6 à +6	2242457, 2261874, 2203240, 2287916
Verre unifocal, sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243304, 2243540, 2291088, 2297441, 2263459, 2265330, 2280660, 2282793
Verre unifocal, sphère de <-10 ou >+10	2248320, 2273854, 2235776, 2295896
Verre unifocal, cylindre de <=+4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413, 2226412, 2259966
Verre unifocal, cylindre de <=+4 sphère de <-6 ou >+6	2219381, 2283953, 2254868, 2284527
Verre simple unifocal, cylindre de >+4 sphère de -6 ou +6	2238941, 2268385, 2212976, 2252668
Verre simple unifocal, cylindre de >+4 sphère de <-6 ou >+6	2206800, 2245036, 2288519, 2299523
Verre multifocal, sphère de -4 à +4	2254045, 2259245, 2290396, 2291183
Verre multifocal, sphère de <-4 à >+4	2202452, 2238792, 2245384, 2295198
Verre multifocal, sphère de -8 à +8	2240671, 2282221, 2227038, 2299180
Verre multifocal, sphère de <-8 à >+8	2234239, 2259660, 2202239, 2252042

- Le forfait lentilles non remboursées RO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).

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.
- Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue: 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.
- Le poste Patch anti-tabac se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire, sur présentation de la facture de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire du traitement.
- Le poste orthopédie et autres prothèses couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les prothèses 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 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.