

| PRESTATIONS | REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE dans le parcours de soins | REMBOURSEMENT MUTUELLE | REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE | CONDITIONS D'APPLICATION |
|--|--|------------------------|------------------------------|---|
| HOSPITALISATION | | | | |
| Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes | | | | |
| - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO* | 80 % B.R.* | 250 % B.R. | 330 % B.R. | |
| - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO | 80 % B.R. | 120 % B.R. | 200 % B.R. | |
| Séjours | | | | |
| - Frais de séjour | 80 % B.R. | 111 % B.R. | 191 % B.R. | Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. |
| - Participation assuré | --- | Frais réels | Frais réels | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| - Forfait journalier hospitalier | --- | Frais réels | Frais réels | Limité au forfait réglementaire en vigueur. |
| - Transports prescrits remboursés par le R.O | 65 % B.R. | 36 % B.R. | 101 % B.R. | |
| - Lit d'accompagnant | --- | 16 € | 16 € | Nuitées pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Forfait par nuit |
| Chambre particulière | | | | |
| - Médecine, Chirurgie, Soins de suite et de réadaptation (Rééducation, Convalescence, ...) et Psychiatrie avec nuitée | --- | 50 € | 50 € | Hors ambulatoire. Forfait par nuit, dans la limite des tarifs signés par convention. |
| - Chirurgie ambulatoire (Sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie | --- | | | Hors box d'hospitalisation (Structure ouverte pouvant être individualisée). Forfait par jour |
| - Chambre particulière avec nuitée en Maternité | --- | 1,6 % PMSS | 1,6 % PMSS | Hors ambulatoire. Forfait par nuit, dans la limite des tarifs signés par convention. Limité à 8 jours par année civile. |
| Prime de naissance ou d'adoption | --- | 8,1 % PMSS | 8,1 % PMSS | Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance. |
| DENTAIRE | | | | |
| Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle | | | | |
| Consultations, soins, radiographies | 70 % B.R. | 31 % B.R. | 101 % B.R. | |
| Inlays Onlays remboursés ou non par le RO | 70 % B.R. | 201 % B.R. | 271 % B.R. | |
| Prothèses dentaires | | | | |
| - Remboursée par le RO | 70 % B.R. | 240 % B.R. | 310 % B.R. | |
| - Non remboursée par le RO | --- | 240 % B.R.R.* | 240 % B.R.R. | B.R. Reconstituée sur une base de remboursement à 107,50 € |
| Orthodontie | | | | |
| - Remboursée par le RO | 70 ou 100 % B.R. | 200 ou 170 % B.R. | 270 % B.R. | |
| - Non remboursée par le RO | --- | 194 € | 194 € | Forfait par semestre. Le forfait par semestre vaut pour un T0 90. |
| MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS | | | | |
| Consultations et visites - Médecins généralistes et spécialistes | | | | |
| - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 80 % B.R. | 150 % B.R. | |
| - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 30 % B.R. | 100 % B.R. | |
| Actes d'imagerie : radiologie, échographie, scanner et IRM | | | | |
| - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 30 % B.R. | 100 % B.R. | |
| - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 30 % B.R. | 100 % B.R. | |
| Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin | | | | |
| - Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 80 % B.R. | 150 % B.R. | |
| - Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO | 70 % B.R. | 30 % B.R. | 100 % B.R. | |
| Pharmacie | | | | |
| - Médicaments à SMR* important | 65 % B.R. | 35 % B.R. | 100 % B.R. | |
| - Médicaments à SMR modéré | 30 % B.R. | 70 % B.R. | 100 % B.R. | |
| - Médicaments à SMR faible | 15 % B.R. | 85 % B.R. | 100 % B.R. | |
| Participation assuré | --- | Frais réels | Frais réels | Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €. |
| Examens de biologie médicale remboursés par le R.O | 60 % B.R. | 41 % B.R. | 101 % B.R. | |
| Auxiliaires médicaux : Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures - podologues, sages-femmes | 60 % B.R. | 41 % B.R. | 101 % B.R. | |
| Appareillage, orthopédie | 60 % B.R. | 106 % B.R. | 166 % B.R. | |
| Prothèses auditives | 60 % B.R. | 65 % B.R. + 400 € | 125 % B.R. + 400 € | Forfait par oreille dans la limite de deux prothèses par année civile. Achat, entretien et réparation. |
| Prothèses capillaires (Suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (Suite mastectomie, cancer du sein) | 60 % - 100 % B.R. | 106 % - 66 % B.R. | 166 % B.R. | |

| PRESTATIONS | REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE dans le parcours de soins | REMBOURSEMENT MUTUELLE | REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE | CONDITIONS D'APPLICATION |
|---|--|------------------------|------------------------------|--|
| OPTIQUE | | | | |
| Limité à : - 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les plus de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date). - 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement. | | | | |
| Monture | 60 % B.R. | 100 € | 60 % B.R. + 100 € | Forfait par monture |
| Plus de 18 ans | | | | |
| - Verre simple (Unifocal faible correction) | 60 % B.R. | 160 € | 60 % B.R. + 160 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2203240, 2287916 |
| - Verre simple (Unifocal moyenne correction) | 60 % B.R. | 185 € | 60 % B.R. + 185 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2259966, 2226412 |
| - Verre complexe (Unifocal forte correction) | 60 % B.R. | 222 € | 60 % B.R. + 222 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2280660, 2265330 |
| | 60 % B.R. | 277 € | 60 % B.R. + 277 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2263459, 2212976, 2252668, 2284527, 2254868, 2235776, 2295896, 2288519, 2299523 |
| - Verre complexe (progressif faible correction) | 60 % B.R. | 250 € | 60 % B.R. + 250 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2290396, 2291183 |
| - Verre complexe et hypercomplexe (progressif moyenne et forte correction) | 60 % B.R. | 311 € | 60 % B.R. + 311 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042 |
| Moins de 18 ans | | | | |
| - Verre simple (Unifocal faible et moyenne correction) | 60 % B.R. | 160 € | 60 % B.R. + 160 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2261874, 2242457 |
| | 60 % B.R. | 185 € | 60 % B.R. + 185 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2200393, 2270413 |
| - Verre complexe (Unifocal forte correction hors progressif) | 60 % B.R. | 277 € | 60 % B.R. + 277 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2243304, 2291088, 2243540, 2297441, 2238941, 2268385, 2283953, 2219381, 2273854, 2248320, 2245036, 2206800 |
| - Verre complexe (Unifocal forte correction et progressif) | 60 % B.R. | 311 € | 60 % B.R. + 311 € | Forfait par verre. Codes LPP : 2259245, 2264045, 2238792, 2202452, 2240671, 2282221, 2234239, 2259660 |
| Autres prestations sur verres remboursées par le R.O : prismes et filtres | 60 % B.R. | 40 % B.R. | 100 % B.R. | |
| Lentilles correctrices | | | | |
| - Lentilles prescrites remboursées par le R.O | 60 % B.R. | 40 % B.R. + 250 € | 100 % B.R. + 250 € | Forfait par année civile |
| - Lentilles prescrites non remboursées par le R.O | --- | 250 € | 250 € | Forfait par année civile |
| PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE | | | | |
| Cures thermales | | | | |
| - Soins, transport, hébergement, remboursés par le R.O | 65 % B.R. | 36 % B.R. | 101 % B.R. | |
| Médicaments prescrits non remboursés R.O | | | | |
| - Pilule et patch contraceptif prescrits non remboursés par le R.O | --- | 3 % PMSS | 3 % PMSS | Forfait par année civile |
| - Sevrage tabagique | --- | 230 € | 230 € | Forfait par année civile |
| Médecines douces : Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL. | | | | |
| - Ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, acupuncteurs, pédicures, podologues | --- | 300 € | 300 € | Forfait par année civile |

| PRESTATIONS | REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE dans le parcours de soins | REMBOURSEMENT MUTUELLE | REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE | CONDITIONS D'APPLICATION |
|--|--|------------------------|------------------------------|---|
| SANTÉ ET BIEN ÊTRE AU TRAVAIL | | | | |
| Actes de prévention | 60 % ou 70 % B.R. | 40 % ou 30 % B.R. | 100 % B.R. | Liste des actes disponibles auprès de la 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. |
| Actions "sur-mesure" de sensibilisation en entreprise : répondant aux problématiques de santé liées à votre activité et aux besoins des salariés (gestes et postures, gestion du stress, sommeil et rythme de vie...) | --- | oui | oui | |
| Accès aux ateliers de prévention santé pour tous les adhérents : gestes de premiers secours, relaxation, marche nordique, tai-chi... | --- | oui | oui | Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle. |
| SERVICES PLUS | | | | |
| Assistance vie quotidienne : | | | | |
| - Nounou hospitalisée : organisation de la garde des enfants - Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, présence d'un proche au chevet - Aide à l'organisation des obsèques | --- | oui | oui | Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance |
| Téléconsultation médicale 7j/7 - 24h/24 : Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) : - Proposition d'un diagnostic médical - Délivrance d'une ordonnance électronique si nécessaire | --- | oui | oui | Accédez au service MédecinDirect - 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 au Fonds d'action sociale | --- | oui | oui | |

* RO : régime obligatoire / B.R. : base de remboursement / B.R.R. : base de remboursement reconstituée / OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée / OPTAM-CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgiens et obstétriciens. 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.
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 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 01/01/2018)

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 ou les plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire.
- ▶ L'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens) sont deux dispositifs mis en place pour remplacer le dispositif CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

HOSPITALISATION

- ▶ Les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- ▶ **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.
- ▶ **Lit d'accompagnant** : sur présentation d'une facture nominative acquittée d'un établissement hôtelier en cas de non disponibilité d'hébergement par le centre hospitalier.

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.
- ▶ **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.
- ▶ On entend par "traitement correctif de la vision" toute intervention de chirurgie sur les yeux.
- ▶ Le forfait lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.

- ▶ En cas d'utilisation du forfait optique pour un équipement (monture et verres), celui-ci doit répondre aux normes du contrat responsable à savoir :

| ÉQUIPEMENT | MINIMUM (TM* INCLUS) | MAXIMUM (TM INCLUS) |
|---|----------------------|---------------------|
| Équipement avec deux verres simples (verres simples foyer avec sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 et cylindre inférieur ou égal à + 4,00). | 100 € | 470 € |
| Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe. | 150 € | 610 € |
| Équipement avec 2 verres complexes (verres simples avec sphère hors zone de - 6,00 ou + 6,00 ou cylindre supérieur à + 4,00, verres Sphériques avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 ou sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8,00 à +8,00) | 200 € | 750 € |
| Équipement avec 1 verre simple et 1 verre très complexe | 150 € | 660 € |
| Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre très complexe | 200 € | 800 € |
| Équipement avec 2 verres très complexes (verres sphériques avec sphère hors zone -4,00 à +4,00 ou verres sphéro-cylindrique avec sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00) | 200 € | 850 € |

* TM : Ticket Modérateur

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.


AUTRES PRESTATIONS


- ▶ Les visites avec déplacement non médicalement justifiées sont prises en charge dans la limite de 100% du BR.
- ▶ 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.
- ▶ Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - Ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, pédicure, podologue, psychologue, sexologue, sophrologue, cryothérapie, naturothérapeute, auriculothérapeute, phytothérapeute : 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 ADELI) ou le diplôme dans la spécialité.
 - Acupuncteur, homéopathe, alcoologue, tabacologue, toxicologue : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ Le poste médicaments prescrits, non remboursés RO se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire pour la contraception, le sevrage tabagique sur présentation de la facture de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire du traitement.


La prise en charge de la contraception s'étend à tous les moyens de contraception.

- ▶ Le poste orthopédie, accessoires, produits 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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

|  | DENTAIRE | PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE RO | | ORTHODONTIE REMBOURSÉE RO | |
|---|--|--|-------------------------|----------------------------------|----------------------|
| | Dépenses réelles moyennes | 500 € | | 600 € pour 6 mois | |
| | Base de remboursement | 100 % | 107,50 € ⁽¹⁾ | 100 % | 193,50 € pour 6 mois |
| | Le régime obligatoire rembourse à | 70 % B.R. | 75,25 € | 100 % B.R. | 193,50 € |
| | Remboursement RO + Mutuelle⁽²⁾ | 333,25 € | | 522,45 € | |
| Reste à charge | 166,75 € | | 77,55 € | | |

|  | OPTIQUE | LUNETTES ENFANTS⁽³⁾ | LUNETTES ADULTES⁽⁴⁾ | | LENTILLES NON REMBOURSÉES RO |
|---|--|---|---|---|-------------------------------------|
| | | MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCALUX FAIBLE CORRECTION | MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCALUX FAIBLE CORRECTION | MONTURE ET 2 VERRES PROGRESSIFS FORTE CORRECTION | |
| | Dépenses réelles moyennes | 255 € | 340 € | 590 € | 180 € |
| | Base de remboursement | 54,57 € | 10,16 € | 24,48 € | --- |
| | Le régime obligatoire (RO) rembourse à 60 % B.R. | 32,74 € | 6,10 € | 14,69 € | --- |
| Remboursement RO + Mutuelle⁽²⁾ | 255 € | 340 € | 590 € | 180 € | |
| Reste à charge | 0 € | 0 € | 0 € | 0 € | |

|  | SOINS COURANTS | CONSULTATION GÉNÉRALISTE⁽⁵⁾ | CONSULTATION SPÉCIALISTE⁽⁵⁾ |
|--|--|---|---|
| | Dépenses réelles moyennes | 25 € | 45 €* |
| | Base de remboursement | 25 € | 25 € |
| | Le régime obligatoire rembourse à 70 % B.R. | 16,50 € | 16,50 € |
| | Remboursement RO + Mutuelle⁽²⁾ | 24 € | 24 € |
| Reste à charge ⁽⁶⁾ | 1 € | 21 € | |

RO : Régime obligatoire

B.R. : Base de remboursement

(1) Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

(2) Dans la limite de la dépense réelle.

(3) Prise en charge une fois par an pour les moins de 18 ans.

(4) Prise en charge une fois tous les 2 ans pour les plus de 18 ans, sauf en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

(5) Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO.

(6) Dont 1€ de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L322-2 code Sécurité Sociale).

*Tarif de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé si vous avez déclaré un médecin traitant (applicables au 1er janvier 2011).

AVERTISSEMENT : ces exemples sont donnés à titre indicatif. Les tarifs de remboursement sont calculés à titre d'exemple, pour un certain type d'acte. Les bases de remboursement régime obligatoire sont différentes selon la nomenclature indiquée sur votre feuille de soins ou devis des praticiens.