

PRESTATIONS	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 signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	100 ou 80 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	80 ou 60 % BR	160 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	---	40 €	40 €	
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	Suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- Frais d'accompagnant	---	50 €	50 €	
Prime de naissance ou d'adoption	---	150 €	150 €	Forfait par enfant inscrit 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 % BR	130 % BR	200 % BR	
Prothèses				
- Remboursées RO	70 % BR	155 % BR	225 % BR	
- Non remboursées RO	---	225 % BRR*	225 % BRR	
Orthodontie				
- Remboursée RO	70 ou 100 % BR	130 ou 100 % BR	200 % BR	
- Non remboursée RO	---	165 % BRR	165 % BRR	
Inlays/onlays	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Implantologie	---	300 €	300 €	Limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.
Parodontologie	---	200 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire.
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - Médecins généralistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	160 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	70 % BR	140 % BR	
Consultations et visites - Médecins spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	160 % BR	
Actes techniques				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	90 % BR	160 % BR	
Pharmacie				
- 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	
Portage des médicaments suite à une hospitalisation	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	110 ou 100 % BR	180 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	90 ou 80 % BR	160 % BR	
Analyses	60 % BR	100 % BR	160 % BR	
Auxiliaires médicaux	60 % BR	100 % BR	160 % BR	
Transport remboursé RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prothèses auditives	60 % BR	190 % BR	250 % BR	
Appareillages et autres prothèses médicales remboursés RO	60 ou 100 % BR	100 ou 60 % BR	160 % BR	
Compléments équipements post cancer, post chimio, rayons	---	200 €	200 €	Par an et par bénéficiaire

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL dans le parcours de soins	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 % BR	150 €	60 % BR + 150 €	Forfait par bénéficiaire.
- Verre simple	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
- Verre complexe	60 % BR	160 €	60 % BR + 160 €	
- Verre très complexe	60 % BR	300 €	60 % BR + 300 €	
Lentilles correctrices				
- Lentilles remboursées RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	Forfait par an.
- Lentilles remboursées ou non RO	---	250 €	250 €	
Chirurgie de la vision non remboursée RO	---	300 €	300 €	Forfait par an.
BIEN-ÊTRE				
Cure thermale				Limité à une intervention par année civile.
- Honoraires, frais de traitement, transport et hébergement	65 % BR	100 €	65 % BR + 100€	
Médecines et pharmacie non remboursées :				
- Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute, étioptathe, psychomotricien, psychologue	---	30 €	30 €	Forfait par séance, limité à 3 par an.
- Médicaments prescrits non remboursés RO : vaccins, contraception, sevrage tabagique	---	60 €	60 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur prescription médicale et sur présentation de la facture nominative de la pharmacie.
- Médicaments non prescrits : automédication	---	20 €	20 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative de la pharmacie. Liste automédication disponible sur demande.
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	---	OUI	OUI	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				
- Aide à l'organisation des obsèques				
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) :	---	OUI	OUI	Accédez au service MédecinDirect - 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
- Proposition d'un diagnostic médical				
- Délivrance d'une ordonnance électronique si nécessaire				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	

*BR : Base de remboursement. BRR : Base de remboursement reconstituée. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 311 € au 1^{er} janvier 2018. RO : Régime Obligatoire. 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 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° 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 Chirurges et Obstétriciens) sont deux dispositifs mis en place pour remplacer le précédent dispositif (Contrat d'Accès aux Soins).

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 de l'hospitalisation en chirurgie ou médecine, 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.
- ▶ **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 chirurgical 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

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.


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 actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute, étiope, psychomotricien, 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 ADELI) ou le diplôme dans la spécialité.
 - acupuncteur, homéopathe : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ 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 amylopie.
- ▶ Prime de 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 de naissance est également versée en cas d'adoption.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	DENTAIRE	PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE RO		ORTHODONTIE REMBOURSÉE RO	
	Dépenses réelles moyennes	500 €		600 € pour 6 mois	
	Base de remboursement	107,50 € ⁽¹⁾		193,50 € pour 6 mois	
	Le régime obligatoire rembourse à	70 % BR	75,25 €	100 % BR	193,50 € pour 6 mois
	Remboursement RO + mutuelle⁽²⁾	241,88 €		387 €	
	Reste à charge	258,13 €		213 €	

	OPTIQUE	LUNETTES ENFANTS ⁽³⁾	LUNETTES ADULTES ⁽⁴⁾		LENTILLES NON REMBOURSÉES RO
		MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCaux FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCaux 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 rembourse à 60 % BR	32,74 €	6,10 €	14,69 €	---
	Remboursement RO + mutuelle⁽²⁾	255 €	316 €	590 €	180 €
Reste à charge	0 €	23,90 €	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 % BR	16,50 €	16,50 €
	Remboursement RO + mutuelle⁽²⁾	24 €	44 €
	Reste à charge ⁽⁶⁾	1 €	1 €

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.

RO : Régime obligatoire - BR : 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-CD.

(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).