

	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>H HOSPITALISATION</b>				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	80 ou 100 % BR	320 ou 300 % BR	400 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	320 ou 300 % BR	400 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	
- Chambre particulière	---	4 % PMSS / jour	4 % PMSS / jour	Dans la limite de 8 jours par hospitalisation.
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	Suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- Frais d'accompagnant	---	1,5 % PMSS / jour	1,5 % PMSS / jour	Pour un enfant âgé de moins de 15 ans et dans la limite de 8 jours.
Maternité	---	10 % PMSS	10 % PMSS	Maternité - Adoption d'un enfant de moins de 12 ans - Dépassements d'honoraires et chambre particulière
<b>Assistance en cas d'hospitalisation:</b> 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
<b>Assistance en cas de maternité:</b> aide à domicile, mise à disposition d'une auxiliaire puériculture, d'informations et de conseils	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance
<b>+ MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS</b>				
Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 ou 80 % BR	130 ou 120 % BR	200 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 ou 80 % BR	110 ou 100 % BR	180 % BR	
Actes techniques				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % BR	110 % BR	180 % 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	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	
Autres prothèses, orthopédie, accessoires, appareillages, produits	60 ou 100 % BR	140 ou 100 % BR	200 % BR	
<b>DENTAIRE</b>				
Soins dentaires (consultations et actes d'imagerie médicale)	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Prothèses dentaires				
- Remboursée par le RO* (dont Inlay onlay)	70 % BR	330 % BR	400 % BR	
- Non remboursée par le RO*	---	500 €	500 €	Par an - par bénéficiaire
Implantologie	---	500 €	500 €	Par an - par bénéficiaire
Orthodontie				
- Remboursée par le RO*	70 ou 100 % BR	180 ou 150 % BR	250 % BR	
- Non remboursée par le RO*	---	250 % BR	250 % BR	Dans la limite de 6 semestres

	REBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REBOURSEMENT MUTUELLE	REBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>OPTIQUE</b>				
Lunettes (monture + verres) - Moins de 18 ans : un équipement composé de 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an - À partir de 18 ans : un équipement composé de 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans, ramenée à 1 an en cas d'évolution de la vue	60 % BR	12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS	Par période. Dans la limite de 150 € par monture
Lentilles remboursées par le RO*	60 % BR	40 % BR + 6 % PMSS	100 % BR + 6 % PMSS	Forfait par an - par bénéficiaire
Traitements chirurgicaux correctifs de la vision	---	12 % PMSS	12 % PMSS	Forfait par an - par bénéficiaire
<b>BIEN-ÊTRE</b>				
Homéopathe	---	30 € / consultation	30 € / consultation	Dans la limite de 6 consultations par an, et par bénéficiaire sur facture précisant le numéro d'agrément de l'Agence Régionale de Santé (répertoire ADELJ) ou le diplôme dans la spécialité.
Acupuncteur, étiope, ostéopathe, chiropracteur	---	30 € / consultation	30 € / consultation	Dans la limite de 6 consultations par an, et par bénéficiaire sur facture précisant le numéro d'agrément de l'Agence Régionale de Santé (répertoire ADELJ) ou le diplôme dans la spécialité.
FORFAIT TOTAL pour les 2 prestations ci-dessous				
- Sevrage tabagique	---	100 €	100 €	Par an et par bénéficiaire sur prescription médicale
- Contraception	---			
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL</b>				
Actes de prévention	60 ou 70 % BR	40 ou 30 % BR	100 % BR	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
<b>SERVICES PLUS</b>				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	
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 - Hospitalisation en ambulatoire : retour à domicile en taxi ou VSL - Aide à l'organisation des obsèques	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance
Service information santé, dont coaching téléphonique personnalisé pratiqué par : - des diététiciens pour l'aide à l'équilibre alimentaire - des tabacologues pour l'aide à l'arrêt du tabac	---	OUI	OUI	Accès à Priorité Santé Mutualiste
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

### Eovi Mcd mutuelle n'applique pas le délai de carence conventionnel de 6 mois pour les postes Dentaire et Optique.

BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice, soit 3 218 € au 1<sup>er</sup> janvier 2016 - 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<sup>e</sup> 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".

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 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.
- Maternité : Maternité - Adoption d'un enfant de moins de 12 ans - Dépassements d'honoraires et chambre particulière
- Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
  - ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, étio-pathe : 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 autres prothèses, orthopédie, accessoires, appareillage, produits couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) dont les prothèses auditives. 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 contraception et sevrage tabagique 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. La prise en charge de la contraception s'étend à tous les moyens de contraception (pilule, patch, préservatif, implant, stérilet, diaphragme, anneau vaginal...).