

	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 médicales d'obstétrique)				
- médecins ayant adhéré au CAS*	80 % - 100 %	41 % - 21 %	121 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	80 % - 100 %	21 % - 1 %	101 %	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % - 100 %	41 % - 21 %	121 %	
- Forfait journalier hospitalier	---	FRAIS RÉEL	FRAIS RÉEL	
- Chambre particulière	---	0,9 % DU PMSS* / jour	0,9 % DU PMSS* / jour	Limite de 60 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie.
- Forfait ambulatoire	---	20 € / JOUR	20 € / JOUR	Suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- Frais d'accompagnant	---	1,1 % PMSS / jour	1,1 % PMSS / jour	Montant par jour, pour les personnes âgées de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans.
Prime de naissance ou d'adoption	---	7,5 % PMSS / AN	7,5 % PMSS / AN	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 et inlay onlay	70 %	31 %	101 %	
Prothèses dentaires remboursées RO* (dont inlay-core)	70 %	80 %	150 %	
Prothèses dentaires non remboursées RO*	---	50 % BRR*	50 % BRR*	Sur la Base de Remboursement Reconstituée d'une prothèse dentaire.
Orthodontie remboursée RO*	70 % - 100 %	81 % - 51 %	151 %	
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - Médecin généraliste et spécialiste				
- médecins ayant adhéré au CAS*	70 %	55 %	125 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 %	35 %	105 %	
Actes techniques				
- médecins ayant adhéré au CAS*	70 %	55 %	125 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 %	35 %	105 %	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	36 %	101 %	
- Médicaments à SMR* modéré	30 % BR	71 %	101 %	
- Médicaments à SMR* faible	15 % BR	86 %	101 %	
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 %	61 % - 41 %	121 %	
- médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % - 80 %	31 % - 21 %	101 %	
Analyses	60 %	41 %	101 %	
Auxiliaires médicaux	60 %	41 %	101 %	
Transport remboursé RO*	65 %	51 %	116 %	
Prothèses auditives	60 %	60 %	120 %	
Autres prothèses, orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 % - 100 %	60 % - 20 %	120 %	

	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
OPTIQUE				
Lunettes moins de 18 ans	Un équipement : 2 verres et 1 monture pour une période de prise en charge de 1 an.			
- Monture	60 % BR	4,1 % PMSS	60 % + 4,1 % PMSS	Dans la limite de 150 € par monture
- 2 verres simples	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 470 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 610 € par équipement par période
- 2 verres complexes	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 750 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 660 € par équipement par période
- 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 800 € par équipement par période
- 2 verres hyper complexes	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 850 € par équipement par période
Lunettes à partir de 18 ans	Un équipement : 2 verres et 1 monture par période de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas d'évolution de la vue.			
- Monture	60 % BR	4,1 % PMSS	60 % + 4,1 % PMSS	Dans la limite de 150 € par monture
- 2 verres simples	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 470 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 610 € par équipement par période
- 2 verres complexes	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 750 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 660 € par équipement par période
- 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 800 € par équipement par période
- 2 verres hyper complexes	60 % BR	5,4 % PMSS	60 % + 5,4 % PMSS	Dans la limite de 850 € par équipement par période
Lentilles correctrices				
- Lentilles remboursées RO*	60 %	40 %	100 %	
- Forfait lentilles remboursées ou non par le RO*	---	6,1 % PMSS	6,1 % PMSS	Forfait tous les 2 ans et par bénéficiaire.
BIEN-ÊTRE				
Cure thermale : honoraires et forfait thermal	65 % - 70 %	---	65 % - 70 %	
Ostéopathe	---	61 € par an	61 € par an	Forfait par an, par bénéficiaire, pour deux séances.
Sevrage tabagique	---	51 € par an	51 € par an	Sur prescription médicale, prise en charge des substituts nicotiques et / ou consultations cognito-comportementales. Après intervention du régime obligatoire.
Vaccin anti-grippal et autres vaccins	---	51 € par an	51 € par an	Non pris en charge par le RO, sur présentation de la facture.
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	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
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. BRR : base de remboursement reconstituée du RO. PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice, soit 3269€ au 1er 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° 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 01/02/2017)

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 par la mutuelle dans la limite du ticket modérateur (TM).
- ▶ Sauf mention contraire pour les forfaits par an, il faut entendre une année civile.

HOSPITALISATION

- ▶ La prise en charge pour les séjours en services de cure médicale, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, centre de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées est exclue.
- ▶ 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.
- ▶ 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 :

Verre simple	Verre dont la sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
Verre complexe	Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif
verre hyper complexe	verre multifocal ou progressif, sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

- ▶ 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

- ▶ 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 elle n'est pas limitée en cas de naissances multiples. La prime naissance est également versée en cas d'adoption.
- ▶ Les actes d'ostéopathie doivent satisfaire aux conditions suivantes : 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.
- ▶ Sevrage tabagique : sur prescription médicale, prise en charge des substituts nicotiques et / ou des consultations cognito-comportementales, après intervention du régime obligatoire.
- ▶ 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 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.