

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
HOSPITALISATION				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO*	80 % - 100 % BR*	220 % - 200 % BR	300 % BR	
- Médecins non signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	80 % - 100 % BR	120 % - 100 % BR	200 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 % - 100 % BR	220 % - 200 % BR	300 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière	---	2,5 % PMSS	2,5 % PMSS	
- Forfait ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	Suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- Frais d'accompagnant	---	2 % PMSS	2 % PMSS	Pour un enfant âgé de moins de 16 ans.
- Forfait naissance ou adoption	---	12 % PMSS	12 % PMSS	
Assistance en cas d'hospitalisation en ambulatoire ou supérieure 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				
Actes, soins dentaires et inlay onlay	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Prothèses dentaires et inlay core remboursées RO	70 % BR	280 % BR	350 % BR	
Prothèses dentaires non remboursées RO	---	300 % BRR*	300 % BRR	
Implantologie	---	7 % PMSS / an	7 % PMSS / an	Non prise en charge par le régime obligatoire, sur présentation de la facture.
Orthodontie				
- Remboursée RO	70 % - 100 % BR	230 % - 200 % BR	300 % BR	
- Non remboursée RO	---	150 % BRR	150 % BRR	
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - Médecins généralistes & spécialistes				
- Médecins signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	180 % BR	250 % BR	
- Médecins non signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Actes techniques				
- Médecins signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	40 % BR	105 % BR	
- Médicaments à SMR modéré	30 % BR	75 % BR	105 % BR	
- Médicaments à SMR faible	15 % BR	90 % BR	105 % 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 CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % - 80 % BR	130 % - 140 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO	70 % - 80 % BR	110 % - 100 % BR	180 % BR	
Analyses	60 % BR	130 % BR	190 % BR	
Auxiliaires médicaux	60 % BR	130 % BR	190 % BR	
Transport remboursé RO	65 % BR	115 % BR	180 % BR	
Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 % - 100 % BR	110 % - 70 % BR + 6 % PMSS	170 % BR + 6 % PMSS	
Prothèses auditives	60 % BR	110 % BR + 6 % PMSS	170 % BR + 6 % PMSS / an	Par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
OPTIQUE				
Lunettes (moins de 18 ans)				
- Monture	60 % BR	150 €	60 % BR + 150 €	Un équipement : 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an. Dans la limite de 150 € par monture
- 2 verres simples	60 % BR	6 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	Dans la limite de 470 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre complexe	60 % BR	8 % PMSS	60 % BR + 8 % PMSS	Dans la limite de 610 € par équipement et par période
- 2 verres complexes	60 % BR	10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS	Dans la limite de 750 € par équipement et par période
- 1 verre simple et 1 verre hyper complexe	60 % BR	10 % PMSS	60 % BR + 10 % PMSS	Dans la limite de 660 € par équipement et par période
- 1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	60 % BR	12 % PMSS	60 % BR + 12 % PMSS	Dans la limite de 800 € par équipement et par période
- 2 verres hyper complexes	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 850 € par équipement et par période
Lunettes (à partir de 18 ans)				
- Monture	60 % BR	150 €	60 % BR + 150 €	Un équipement : 2 verres et 1 monture par période de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas d'évolution de la vue. Dans la limite de 150 € par monture
- 2 verres simples	60 % BR	9 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS	Dans la limite de 470 € par équipement par période
- 1 verre simple + 1 verre complexe	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 610 € par équipement et par période
- 2 verres complexes	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 750 € par équipement et par période
- 1 verre simple et 1 verre hyper complexe	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 660 € par équipement et par période
- 1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 800 € par équipement et par période
- 2 verres hyper complexes	60 % BR	14 % PMSS	60 % BR + 14 % PMSS	Dans la limite de 850 € par équipement et par période
Lentilles correctrices				
- Lentilles remboursées RO (y compris jetables)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non RO	---	10 % PMSS / an	10 % PMSS / an	Par bénéficiaire.
Chirurgie et traitements correctifs de la vision	---	15 % PMSS / an	15 % PMSS / an	Par bénéficiaire.
BIEN-ÊTRE				
Cures thermales				
- Honoraires, forfait thermal	65 % - 70 % BR	35 % - 30 % BR	100 % BR	
- Transport et hébergement	---	7 % PMSS / an	7 % PMSS / an	Par bénéficiaire.
Ostéopathe, acupuncteur	---	160 € / an	160 € / an	Par bénéficiaire.
Sevrage tabagique	---	220 €	220 €	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	---	220 €	220 €	Non pris en charge par le RO, sur présentation de la facture.
PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL				
Actes de prévention	60 % - 70 % BR	40 % - 30 % BR	100 % BR	Liste des actes disponible 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, dont coaching téléphonique personnalisé pratiqué par des diététiciens et des tabacologues	---	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.

* RO : régime obligatoire / 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. CAS : contrat d'accès aux soins. 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".

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

 DENTAIRE	PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE RO		ORTHODONTIE REMBOURSÉE RO		
	Dépenses réelles moyennes	500 €		600 € pour 6 mois	
	Base de remboursement	107,50 €		193,50 € pour 6 mois	
	Le régime obligatoire rembourse à	70 % BR	75,25 €	100 % BR	193,50 €
	Remboursement RO + Mutuelle⁽¹⁾	376,25 €		580,50 €	
	Reste à charge	123,75 €		19,50 €	

 OPTIQUE	LUNETTES ENFANTS ⁽²⁾	LUNETTES ADULTES ⁽³⁾		LENTILLES NON REMBOURSÉES RO		
	MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCAL FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCAL 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 €	0 €
	Le régime obligatoire rembourse à 60 % BR	32,74 €	6,10 €		14,69 €	0 €
	Remboursement RO + Mutuelle⁽¹⁾	255 €	340 €		590 €	180 €
Reste à charge	0 €	0 €	0 €	0 €		

 SOINS COURANTS	CONSULTATION GÉNÉRALISTE ⁽⁴⁾	CONSULTATION SPÉCIALISTE ⁽⁴⁾	
	Dépenses réelles moyennes	25 €	45 €
	Base de remboursement	25 €	25 €
	Le régime obligatoire rembourse à 70% BR	16,50 €	16,50 €
	Remboursement RO + Mutuelle⁽¹⁾	24 €	44 €
	Reste à charge ⁽⁵⁾	1 €	1 €

RO : Régime obligatoire

BR : Base de remboursement

(1) Dans la limite de la dépense réelle.

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

(3) 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.

(4) Médecins signataires CAS/OPTAM/OPTAM-CO.

(5) 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.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/08/2017)

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 sur la base du tarif d'autorité.
- ▶ Sauf mention contraire pour les forfaits par an, 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 Chirurghiens et Obstétriciens) sont deux dispositifs mis en place pour remplacer le précédent dispositif CAS (Contrat d'Accès Aux Soins).

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 professionnel, 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 (pour les enfants de moins de 16 ans)** : 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 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.
- ▶ 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 €

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.

- ▶ 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

- ▶ Frais de maternité : prise en charge des dépassements d'honoraires et de la chambre particulière, sur présentation de justificatifs. Le montant du forfait peut être intégralement versé sans justificatifs en cas d'adoption.
- ▶ Les actes d'ostéopathie et d'acupuncture 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 ADELI) 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.