

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>HOSPITALISATION</b>				
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.)				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 % ou 100 % BR*	255 % ou 235 % BR	335 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 % ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour <sup>(1)</sup>	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR	
- Participation assuré	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
- Hospitalisation en établissement public de santé	80 % ou 100 % BR	20 % ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	
- Lit d'accompagnant	---	30 € / jour	30 € / jour	Lit pour un accompagnant en cas d'hospitalisation d'un enfant à charge.
- Transports remboursés par le RO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Chambre particulière				
- Chambre particulière avec nuitée	---	75 € / jour	75 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	---	75 € / jour	75 € / jour	Hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée).
Prime de naissance ou d'adoption	---	250 €	250 €	Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance.
<b>SOINS MÉDICAUX COURANTS</b>				
Consultations, visites des médecins généralistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Consultations, visites des médecins spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	40 % BR	110 % BR	
Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	255 % BR	325 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % 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	
Pharmacie non remboursée par le RO	---	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM, ...)				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Échographie ou doppler				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	40 % BR	110 % BR	
Participation assuré	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Examens de biologie médicale remboursés par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Auxiliaires médicaux : Infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures - podologues	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Appareillage, orthopédie	60 % ou 100 % BR	80 % ou 40 % BR	140 % BR	
Forfait complémentaire pour prothèses capillaires	---	400 €	400 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BRSS sous déduction des prestations versées par le RO.
Prothèses auditives				
- Prothèses auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	400 €	60 % BR + 400 €	Forfait par année civile, par oreille et par bénéficiaire de plus de 20 ans (âge apprécié à la date des soins). En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BRSS sous déduction des prestations versées par le RO.
- Prothèses auditives (moins de 20 ans)	60 % BR	560 €	60 % BR + 560 €	Forfait par année civile, par oreille et par bénéficiaire de moins de 20 ans (âge apprécié à la date des soins). En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BRSS sous déduction des prestations versées par le RO.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>OPTIQUE</b>				
Lunettes	Limité à : - 1 monture et 2 verres sur 2 ans pour les plus de 18 ans, sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an. - 1 monture et 2 verres sur 1 an pour les moins de 18 ans.			
- Monture	60 % BR	100 €	60 % BR + 100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire.
- Verre simple (unifocal faible et moyenne correction)	60 % BR	110 €	60 % BR + 110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Codes LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2242457, 2200393, 2270413
- Verre complexe (unifocal forte correction et progressif hors hyper complexe)	60 % BR	110 €	60 % BR + 110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Codes LPP : 2280660, 2266330, 2282793, 2263459, 2212976, 2252668, 2284527, 2254868, 2290396, 2291183, 2235776, 2295896, 2288519, 2299523, 2227038, 2299180, 2243304, 2291088, 2243540, 2297441, 2238941, 2268385, 2283953, 2219381, 2259245, 2264045, 2240671, 2282221, 2273854, 2248320, 2245036, 2206800
- Verre hyper complexe (progressif forte correction)	60 % BR	110 €	60 % BR + 110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Codes LPP : 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2238792, 2202452, 2234239, 2259660
Autres prestations sur verre remboursée par le RO : prismes et filtres	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles correctrices				
- Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	40 % BR + 130 €	100 % BR + 130 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BRSS sous déduction des prestations versées par le RO.
- Lentilles non remboursées par le RO	---	130 €	130 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>DENTAIRE</b>				
Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle.				
Consultations, soins, radiographies	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Inlays, onlays	70 % BR	30 % BR	100 % BR	Forfait par année civile et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % BRSS sous déduction des prestations versées par le RO.
Prothèses				
- Prothèses dentaires remboursées par le RO	70 % BR	300 % BR	370 % BR	
- Prothèses dentaires non remboursées par le RO	---	300 % BRR*	300 % BRR	
Orthodontie				
- Orthodontie remboursée par le RO	70 % ou 100 % BR	200 % ou 170 % BR	270 % BR	
- Orthodontie non remboursée par le RO	---	200 % BRR	200 % BRR	
Implantologie	---	400 €	400 €	Forfait par implant et pilier. Limité à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.
Parodontologie	---	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>BIEN ÊTRE</b>				
Cures thermales				
- Soins, transport, hébergement, remboursés par le RO	65 % BR	6 % PMSS	65 % BR + 6 % PMSS	Forfait par jour et par bénéficiaire pour le transport et l'hébergement non remboursés par le RO, versé sur présentation de justificatifs de dépenses.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<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.
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, troubles du sommeil...)	---	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.
<b>SERVICES PLUS</b>				
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 <a href="http://eovi-mcd.fr">eovi-mcd.fr</a> - depuis le site Internet <a href="http://www.medecinirect.fr">www.medecinirect.fr</a> - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	

\* BR : Base de remboursement. BRR : Base de remboursement reconstituée. RO : Régime Obligatoire. 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) et SMR faible (vignette orange).

(1) En cas de frais de séjour dans les établissements non conventionnés, remboursement de 92 € par jour en plus du remboursement du régime obligatoire ou 100 % du TM si celui-ci est supérieur à 92€ pour le Niveau 1 et 2 et remboursement de 100 € par jour en plus du remboursement du régime obligatoire ou 100 % du TM si celui-ci est supérieur à 100€ pour le Niveau 3.

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 € <sup>(1)</sup>		193,50 € pour 6 mois	
	Le régime obligatoire rembourse à	70 % BR	75,25 €	100 % BR	193,50 €
	<b>Remboursement RO + Mutuelle<sup>(2)</sup></b>	<b>397,75 €</b>		<b>522,45 €</b>	
	Reste à charge	102,25 €		77,55 €	

	OPTIQUE	LUNETTES ENFANTS <sup>(3)</sup>	LUNETTES ADULTES <sup>(4)</sup>		LENTILLES NON REMBOURSÉES RO
		MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCaux FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCaux FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES MULTIFOCaux 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 €
	<b>Remboursement RO + Mutuelle<sup>(2)</sup></b>	<b>255 €</b>	<b>326,10 €</b>	<b>334,69€</b>	<b>130 €</b>
Reste à charge	0 €	13,90 €	255,31 €	50 €	

	SOINS COURANTS	CONSULTATION GÉNÉRALISTE <sup>(5)</sup>	CONSULTATION SPÉCIALISTE <sup>(5)</sup>
	Dépenses réelles moyennes	25 €	45 €*
	Base de remboursement	25 €	25 €
	Le régime obligatoire rembourse à 70% BR	16,50 €	16,50 €
	<b>Remboursement RO + Mutuelle<sup>(2)</sup></b>	<b>24 €</b>	<b>31,50 €</b>
	Reste à charge <sup>(6)</sup>	1 €	13,50 €

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-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.**

## 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 Chirurghiens 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. Âge apprécié à la date des soins.
- ▶ **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. Âge apprécié à la date des soins.
- ▶ 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 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

- ▶ 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 ou d'adoptions multiples.
- ▶ Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes
  - Ostéopathe, chiropracteur, 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 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 amyotrophie.