

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
HOSPITALISATION				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	120 ou 100 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité en chirurgie, médecine et obstétrique. Limite de 30 jours par an en psychiatrie. Limite de 90 jours par an en soins de suite et de réadaptation.
- Chambre Particulière				
• Chirurgie, médecine, obstétrique illimitée	---	30 € / jour	30 € / jour	- Soins de suite et de réadaptation / Maisons d'enfants à caractère sanitaire : 90 jours par an. - Psychiatrie : 30 jours par an.
• Soins de suite et de réadaptation	---	30 € / jour	30 € / jour	
• Psychiatrie	---	30 € / jour	30 € / jour	
• Maisons d'enfants à caractère sanitaire	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	
Assistance en cas d'hospitalisation en ambulatoire ou supérieure à 24h : aide à domicile, garde ou transfert des enfants ou des ascendants dépendants...	---	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 en puériculture, 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	---	70 % BR	
Prothèses dentaires	70 % BR	---	70 % BR	
Inlay core	70 % BR	---	70 % BR	
Orthodontie	70 ou 100 % BR	---	70 ou 100 % BR	
OPTIQUE				
Lunettes - monture et verres (toutes corrections)	60 % BR	---	60 % BR	
Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	---	60 % BR	
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	---	70 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	---	70 % BR	
Actes techniques				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	---	70 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	---	70 % BR	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	---	65 % BR	
- Médicaments à SMR modéré	30 % BR	---	30 % BR	
- Médicaments à SMR faible	15 % BR	---	15 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	---	70 ou 80 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	---	70 ou 80 % BR	
Analyses	60 % BR	---	60 % BR	
Auxiliaires médicaux	60 % BR	---	60 % BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prothèses auditives	60 % BR	---	60 % BR	
Prothèses capillaires	60 ou 100 % BR	---	60 ou 100 % BR	
Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	---	60 ou 100 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention	60 ou 70 % BR	40 ou 30 % BR	100 % BR	Liste des actes disponible auprès de la mutuelle
Cures thermales prescrites remboursées par le RO : honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	---	65 ou 70 % BR	
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne : - Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, présence d'un proche au chevet - Aidants familiaux : soutien psychologique et social - 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 eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé
Accès aux ateliers prévention santé : les gestes qui sauvent, savoir secourir un enfant, marche nordique, tai-chi ou qi-gong, nutrition	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	

* RO : régime obligatoire / BR : base de remboursement. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement du 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), SMR faible (vignette orange).
Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le RO. 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 Chirurgiens et Obstétriciens) sont deux dispositifs mis en place pour remplacer le précédent dispositif CAS (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 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 2 verres et 1 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 2 verres et 1 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 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.


AUTRES PRESTATIONS

- ▶ Les actes de médecine non remboursée doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - Ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires, effectués par des médecins, auxiliaires médicaux, ou professionnels justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée. La facture doit préciser le numéro d'agrément (Agence Régionale de Santé (répertoire ADELI)) ou le diplôme dans la spécialité.
 - Acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ Le poste pharmacie non remboursée se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire pour les médicaments prescrits non remboursés et l'automédication (médicaments non prescrits) sur présentation de la facture de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire du traitement.
- ▶ Automédication : le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments allopathiques en accès libre et à prescription médicale facultative, pour les allergies, les douleurs, les troubles de la sphère ORL, les troubles gastro-intestinaux et les troubles oculaires, médicaments figurant sur la liste de l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament). Cette liste des médicaments est disponible sur demande auprès de la mutuelle.
- ▶ Le poste Orthopédie, accessoires, appareillage, produits couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les prothèses auditives et capillaires 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 ainsi que le matériel pour amblyopie.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	HOSPITALISATION 5 JOURS	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	CHAMBRE PARTICULIÈRE
	Dépenses réelles moyennes	18 € par jour	55 € par jour
	Base de remboursement	0 €	0 €
	Le régime obligatoire rembourse à	0 €	0 €
	Remboursement RO + mutuelle⁽¹⁾	90 €	150 €
	Reste à charge	0 €	125 €

	DENTAIRE	PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE RO		ORTHODONTIE REMBOURSÉE RO	
	Dépenses réelles moyennes	500 €		600 € pour 6 mois	
	Base de remboursement	107,50 € ⁽²⁾		193,50 € pour 6 mois	
	Le régime obligatoire rembourse à	70 % BR	75,25 €	100 % BR	193,50 € pour 6 mois
	Remboursement RO + mutuelle⁽¹⁾	75,25 €		193,50 €	
	Reste à charge	424,75 €		406,50 €	

	SOINS COURANTS	CONSULTATION GÉNÉRALISTE ⁽³⁾	CONSULTATION SPÉCIALISTE ⁽³⁾
	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⁾	16,50 €	16,50 €
	Reste à charge ⁽⁴⁾	8,50 €	28,50 €

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) Dans la limite de la dépense réelle.

(2) Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

(3) Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO.

(4) 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).