





PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>HOSPITALISATION</b>				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	45 ou 25 % BR	125 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % 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 dans les établissements de santé.
- Chambre Particulière				
• Chirurgie, médecine, obstétrique illimitée .....	---	30 € / jour	30 € / jour	- Soins de suite et de réadaptation : 90 jours par an portés à 180 jours en centre de rééducation fonctionnelle.
• Soins de suite et de réadaptation .....	---	30 € / jour	30 € / jour	- Psychiatrie / Maisons d'enfants à caractère sanitaire : 90 jours par an.
• Psychiatrie .....	---	20 € / jour	20 € / jour	
• Maisons d'enfants à caractère sanitaire .....	---	20 € / jour	20 € / jour	
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	
- Frais d'accompagnant	---	15 € / jour	15 € / jour	Montant par jour de médecine et chirurgie pour les personnes âgées de moins de 16 ans et de plus de 75 ans. Limité à 30 jours par an.
Assistance en cas d'hospitalisation en ambulatoire ou supérieure à 24 h : 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
<b>DENTAIRE</b>				
Actes, soins dentaires et inlay onlay	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Prothèses dentaires	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Inlay core	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie	70 ou 100 % BR	80 ou 50 % BR	150 % BR	
<b>OPTIQUE</b>				
Lunettes - Moins de 18 ans	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an. Pour calculer le délai de 1 an, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement.			
- Monture	60 % BR	40 €	60 % BR + 40 €	 <b>KALIVIA : réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres.</b> Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total ("offre Malin"). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
- Verre unifocal - faible correction	60 % BR	25 €	60 % BR + 25 €	
- Verre unifocal - forte correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
- Verre progressif ou multifocal - faible correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
- Verre progressif ou multifocal - forte correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
Lunettes - 18 ans et plus	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Pour calculer le délai de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement.			
- Monture	60 % BR	40 €	60 % BR + 40 €	 <b>KALIVIA : réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres.</b> Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total ("offre Malin"). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
- Verre unifocal - faible correction	60 % BR	25 €	60 % BR + 25 €	
- Verre unifocal - forte correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
- Verre progressif ou multifocal - faible correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
- Verre progressif ou multifocal - forte correction	60 % BR	80 €	60 % BR + 80 €	
Lentilles				 <b>KALIVIA : Economie moyenne de 30 % sur les lentilles.</b>
- Lentilles remboursées par le RO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par le RO	---	70 €	70 €	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) dans le parcours de soins	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
<b>MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS</b>				
Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Actes techniques				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR modéré	30 % BR	0 % BR	30 % BR	
- Médicaments à SMR faible	15 % BR	0 % BR	15 % 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 OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	30 ou 20 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 ou 80 % BR	30 ou 20 % BR	100 % BR	
Analyses	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prothèses auditives				 <b>KALIVIA : Économie moyenne de 500 € pour un double appareillage.</b> Offre d'accessibilité : une prothèse auditive à moins de 700 € (offre Prim'Audio). Dépistage et essais gratuits, kit d'entretien fourni, garantie panne 4 ans.
- Moins de 20 ans	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- 20 ans et plus	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Prothèses capillaires	60 ou 100 % BR	40 ou 0 % BR	100 % BR	
Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	65 ou 25 % BR	125 % BR	
<b>PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE</b>				
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	35 ou 30 % BR	100 % BR	
<b>FORFAIT TOTAL POUR LES PRESTATIONS CI-DESSOUS :</b>	---	80 € / an dont :	80 € / an dont :	Forfait par an et par bénéficiaire
- Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute	---	20 € / séance	20 € / séance	Limité à 3 séances par an
Pharmacie non remboursée par le RO :				
- Médicaments prescrits dont homéopathie, contraception, sevrage tabagique, vaccins et médicaments du voyageur...	---	35 €	35 €	Automédication : sur présentation de la facture nominative de la pharmacie.
- Médicaments non prescrits : automédication				
Vaccin anti-grippe	---	Frais réels	Frais réels	
<b>SERVICES PLUS</b>				
Assistance vie quotidienne :				
- Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, présence d'un proche au chevet	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information Eovi Mcd assistance.
- Aidants familiaux : soutien psychologique et social				
- Aide à l'organisation des obsèques...				
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) :	---	OUI	OUI	Accédez au service MédecinDirect - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecin-direct.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé
- Proposition d'un diagnostic médical				
- Délivrance d'une ordonnance électronique si nécessaire				
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

	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 € pour 6 mois
	<b>Remboursement RO + mutuelle<sup>(2)</sup></b>	<b>161,25 €</b>		<b>290,25 €</b>	
	Reste à charge	338,75 €		309,75 €	

	OPTIQUE	LUNETTES ENFANTS <sup>(3)</sup>	LUNETTES ADULTES <sup>(4)</sup>		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 €	700 €	120 €
	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>122,74 €</b>	<b>96,10 €</b>	<b>214,69 €</b>	<b>70 €</b>
Reste à charge	132,26 €	243,90 €	485,31 €	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>24 €</b>
	Reste à charge <sup>(6)</sup>	1 €	21 €

**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) 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/OPTIAM-CD.

(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).