

Le montant des prestations inclut les remboursements du régime obligatoire et de la mutuelle	Régime Obligatoire	FNATH4 Total = R.O + R.C	Conditions d'application
	HOSPITALISATION médicale chirurgicale & obstétrique		
Actes, soins et honoraires (médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO*)	80%-100%	200% BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
Actes, soins et honoraires (médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*)	80%-100%	250% BR	
Frais de séjour	80%-100%	100 % BR	
Forfait journalier hospitalier à partir du 1 ^{er} jour	0	100 % FR	
Chambre particulière par jour :			La prise en charge de la chambre particulière est limitée à : - 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle), - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaire exclus.
Médecine. Chirurgie. Obstétrique illimitée	0	60 €	
Soins de suite et réadaptation (repos, convalescence, rééducation, réadaptation...)	0	60 €	
Psychiatrie	0	60 €	
Maison d'enfant à caractère sanitaire	0	60 €	
Forfait ambulatoire	0	20 €	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	0	45 €	Frais d'accompagnement : prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an.
FRAIS MEDICAUX COURANTS			
Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes			Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
✓ médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	70%	200% BR	
✓ médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	70%	250% BR	
Actes techniques et actes d'imagerie			Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
✓ médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO*	70%	100% BR	
✓ médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	70%	125% BR	
Analyses, remboursées par le régime obligatoire	60%	100% BR	
Auxiliaires médicaux	60%	125% BR	
Prothèses auditives, par oreille	60%	100% BR + 600€	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée
✓ Piles et entretien: forfait annuel	0%	150 €	
Autres prothèses, produits et appareillages	60%	250% BR	
Médicaments à Service Médical Rendu Important	65%	100% BR	SMR important : vignette blanche
Médicaments à Service Médical Rendu Modéré	30%	100% BR	SMR modéré : vignette bleue
Médicaments à Service Médical Rendu Faible	15%	100% BR	SMR faible : vignette orange
Transport remboursé par le régime obligatoire	65%	100% BR	
Transport non remboursé par le régime obligatoire	0	180 €	Forfait par année civile et par personne protégée
DENTAIRE sur devis, consultez-nous pour les cas non précisés ci-dessous			
Actes et soins dentaires et inlay / onlay remboursés par le régime obligatoire	70%	200% BR	Forfait par implant
Implant, limité à 1 par an	0	400 €	
Prothèse dentaire jusqu'à la 1^{ère} prémolaire remboursée par le régime obligatoire (y compris inlay core)	70%	350% BR	
Prothèse dentaire autres dents remboursée par le régime obligatoire (y compris inlay core)	70%	250% BR	
Prothèse dentaire amovible base 3 dents			Forfait par année civile et par personne protégée / Prothèse inscrite à la classification, sur avis du dentiste conseil
✓ Remboursée par le régime obligatoire	70% BR	325% BR	
✓ Réfection non remboursée	0	100 €	
Autres prothèses dentaires	0	150% BR	
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	100%	300% BR	
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire	0	145,13 €	Forfait par semestre et par personne protégée / limité à 6 semestres
OPTIQUE			
 Lunettes enfants remboursées par le régime obligatoire - équipement annuel		60%BR +	La définition des "fortes" et "faibles" corrections correspond aux caractéristiques des verres prévues dans le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, à savoir : - verres unifocaux faible correction : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 et + 6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ; - verres unifocaux forte correction : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries ; - verres multifocaux faible correction : verres multifocaux ou progressifs ne répondant pas aux caractéristiques des verres multifocaux forte correction ; - verres multifocaux forte correction: verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone - 4 à +4 dioptries ; Le décret ne prévoit une contrainte de prise en charge sur cette dernière catégorie que pour les adultes,
✓ monture	60%	40 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	45 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	85 €	
 Lunettes adultes remboursées par le régime obligatoire - équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue		60%BR +	- verres multifocaux forte correction: verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone - 4 à +4 dioptries ; La prise en charge est limitée aux ordonnances datant de moins de 3 ans. 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.
✓ monture	60%	100 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	95 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	95 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	145 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	145 €	
 Lentilles remboursées par le régime obligatoire	60%	100%BR + 150€	
 Lentilles remboursée ou non remboursées par le régime obligatoire	0	150 €	Forfait par année civile et par personne protégée
 Opération de la vision : chirurgie réfractive ou implants	0	320 €	Forfait par année civile, par personne protégée et par œil
PRESTATIONS PARTICULIERES			
Assistance (☎ sur votre carte mutuelle)		Imprévu : 24h/24&7j/7	
Crédit annuel pour les prestations suivantes		100 €	
Cures thermales remboursées, sans hospitalisation (21 jours)			Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par le régime obligatoire
✓ Honoraires de surveillance et soins thermaux	70%	100% BR	
✓ Forfait d'hébergement	0	100 €	
Médecine non remboursée fécondation in vitro (à partir de la 5^{ème}), micro sclérose, parodontologie	0	100 €	
Médecine non remboursée (selon modalités indiquées au contrat),			Limite de 3 séances par an
✓ Diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute	0	25€ par séance	
Médicaments prescrits, non remboursés par le régime obligatoire			Forfait par année civile et par personne protégée
✓ Moyen de contraception, sevrage tabagique, vaccins, médicaments du voyageur	0	50 €	
Confort (forfait annuel)			
✓ Loupe visuelle amblyope	0	100 €	
Téléconsultation médicale 7j/7 - 24h-24			Accédez au service Médecin Direct : depuis votre espace adhérent sur evoi-mcd.fr , depuis le site Internet www.medicindirect.fr ou par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé). Service 100% confidentiel et sécurisé.
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	
Prévention & Bien être :			
Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien		OUI	
Fonds social : un accès aux soins pour tous		OUI	

document non contractuel

AM-17/11/2017

Evoi-Mcd mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la réglementation : la participation de 1 € et les franchises à charge de l'assuré (définies aux II et III de l'article L 322-2 du code de la réglementation) et, hors parcours de soins (article R 871.1), la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L162-5 du code de la réglementation.

Evoi-Mcd mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes prévus à l'article R871-2 du Code de la réglementation ; la liste est disponible auprès de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € sur actes > à 120 €. Les prestations présentées sont limitées pour tous les risques réels et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par la mutuelle, elles incluent les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie. Les pourcentages de cette garantie sont appliqués aux tarifs fixés par les organismes de Régime d'assurance maladie en vigueur à la date de l'Assemblée générale d'Evoi Mcd mutuelle 173 rue de Bercy CS 31602 75584 PARIS Cedex 12

B.R. = Base de remboursement / S.S. = régime obligatoire / T.M. = Ticket modérateur / P.M.S.S. = Plafond mensuel régime obligatoire soit 3377 € au 1 janvier 2019.

* 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 dispositif actuel CAS (Contrat d'Accès aux Soins).

TARIFS 2019

CONTRAT COLLECTIF FNATH

Votre cotisation mensuelle 2019

	<u>FNATH4</u>
Enfant	29.71€
21/25	38.63€
26/30	42.32€
31/35	49.27€
36/40	56.79€
41/45	64.60€
46/50	73.35€
51/55	83.24€
56/60	93.89€
61/65	105.99€
66/70	118.18€
71/75	128.77€
76/80	138.50€
81 et +	145.50€