


PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS					PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	FNATH 1 AMO + ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	FNATH 2 AMO + AMC	FNATH 3 AMO + AMC	FNATH 4 AMO + AMC	
HOSPITALISATION						
Honoraires, actes et soins						
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	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 DPTM	80 ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	175 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours						
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière :						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 temporaires exclus.
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	0 € / jour	30 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	
- Soins de suite et de réadaptation	---	0 € / jour	30 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	
- Psychiatrie	---	0 € / jour	30 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	0 € / jour	30 € / jour	60 € / jour	60 € / jour	
- Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour	
- Frais d'accompagnement	---	0 € / jour	20 € / jour	40 € / jour	45 € / jour	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire. 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.
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes						
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR	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 DPTM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	
Honoraires paramédicaux						
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie						
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	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 DPTM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie						
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	125 % BR	125 % BR	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 DPTM	70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Médicaments						
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Matériel médical						
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	100 % BR	125 % BR	250 % BR	250 % BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Transport	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS					PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	BASE AMO + ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	BASE + OPTION 1 AMO + AMC	BASE + OPTION 2 AMO + AMC	BASE + OPTION 3 AMO + AMC	
DENTAIRE						
Soins dont Inlay Onlay, actes et consultations	70 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé						Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses fixes	70 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé						
- Panier à honoraires maîtrisés**						
Prothèse dentaire jusqu'à la 1ère prémolaire remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	200 % BR	350 % BR	350 % BR	
Prothèse dentaire autres dents remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	140 % BR	250 % BR	250 % BR	
Prothèse dentaire amovible base 3 dents remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	170 % BR	325 % BR	325 % BR	
Autres prothèses dentaires	70 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR	
- Panier à honoraires libres						
Prothèse dentaire jusqu'à la 1ère prémolaire remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	200 % BR	350 % BR	350 % BR	
Prothèse dentaire autres dents remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	140 % BR	250 % BR	250 % BR	
Prothèse dentaire amovible base 3 dents remboursée par l'AMO	70 % BR	100 % BR	170 % BR	325 % BR	325 % BR	
Autres prothèses dentaires	70 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO						
- Réfection	---	0 €	50 €	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Implantologie	---	0 €	0 €	400 €	400 €	Forfait par an et par bénéficiaire, limité à 1 implant/an
- Orthodontie	---	0 €	48,38 €	145,13 €	145,13 €	Forfait par semestre, limité à 6 semestres, et par bénéficiaire
OPTIQUE						
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.						
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A						Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans						
- Monture	60 % BR	30 €	30 €	40 €	40 €	
- Verre simple	60 % BR	35 €	35 €	45 €	45 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	85 €	85 €	85 €	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	85 €	85 €	85 €	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans						
- Monture	60 % BR	30 €	30 €	60 €	100 €	
- Verre simple	60 % BR	35 €	35 €	65 €	95 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	85 €	85 €	115 €	145 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	85 €	85 €	115 €	145 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription						
	60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	
Lentilles						
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	100 % BR	100 % BR + 60 €	100 % BR + 120 €	100 % BR + 150 €	Forfait en € par an et par bénéficiaire
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	0 €	60 €	120 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	0 €	100 €	200 €	320 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS					PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	BASE AMO + ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	BASE + OPTION 1 AMO + AMC	BASE + OPTION 2 AMO + AMC	BASE + OPTION 3 AMO + AMC	
AIDES AUDITIVES						
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I - Soumis à des prix limites de vente						Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €	Un appareil par oreille par an et par bénéficiaire
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres						Un appareil par oreille par an et par bénéficiaire
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 450 €	100 % BR + 600 €	
Accessoires, entretien, piles réparation	60 % BR	0 €	0 €	75 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIÈRES						
Actes de prévention	---	OUI	OUI	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
CREDIT ANNUEL		80 €	80 €	100 €	100 €	
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :						
- Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	Les honoraires de surveillance et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
- Frais d'hébergement et de transport.	---	0 €	75 €	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute.	---	20 €	20 €	25 €	25 €	Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée précisant le numéro d'agrément de l'Agence Régionale de Santé ou le diplôme dans la spécialité.
Actes prescrits non remboursés par l'AMO :						
- Moyen de contraception, sevrage tabagique, vaccins, médicaments du voyageur	---	25 €	25 €	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
- Transport	---	0 €	0 €	100 €	180 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie	---	50 €	50 €	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Loupe visuelle amblyope	---	50 €	50 €	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie. Médicaments référencés dans le VIDAL.
SERVICES PLUS						
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : 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 selon les cas	---	OUI	OUI	OUI	OUI	 - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecindirect.fr - depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI	OUI	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle.

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M.= Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. Voir autres conditions et limitations dans la partie "Informations complémentaires sur vos remboursements".

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011. - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS

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 :

-> Eovi-Mcd mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la Sécurité sociale : 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 Sécurité sociale) 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 Sécurité sociale.

-> **Eovi-Mcd mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale ; la liste est disponible auprès de la mutuelle ; La participation forfaitaire de 24 € sur actes > à 120 €. 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 de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les pourcentages de cette garantie sont appliqués aux tarifs fixés par les organismes de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur à la date de l'Assemblée générale d'Eovi Mcd mutuelle 173 rue de Bercy CS 31802 75584 PARIS Cedex 12**

-> Les taux de remboursement sont exprimés sur la base du régime général.

-> **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée mis en place au 1er janvier 2017 à l'attention des médecins de secteur 2 (et à titre dérogatoire à certains médecins du secteur 1) afin d'encadrer les dépassements d'honoraires et permettre aux assurés d'être mieux remboursés dans le cadre des complémentaires santé " responsables ». Pour savoir si le médecin pratique le DPTM : <http://annuaire.sante.ameli.fr>

-> La mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds dont 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 de l'AMO pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.

-> Toute minoration de remboursement de l'AMO 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.

-> Sans mention contraire, pour les forfaits et les plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire.

HOSPITALISATION

-> **Participation du patient** : Il s'agit de la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds dont 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.

-> Les frais d'accompagnement peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Ils sont remboursés au bénéficiaire, des garanties, hospitalisé. Ces frais comprennent l'hébergement (sur présentation d'une facture nominative acquittée), le repas (sur présentation d'une facture nominative acquittée) et le transport (sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement).

-> Sauf mention contraire, les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.

-> **Chambre particulière ambulatoire** : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre de la chambre ambulatoire.

-> **Frais d'accompagnement** : par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre :

- Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée- Repas : sur présentation d'une facture nominative acquittée.

- Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Les frais d'accompagnement sont remboursés au bénéficiaire des garanties hospitalisées.

SOINS COURANTS

-> Le poste orthopédie, accessoires, appareillage, produits dont prothèses capillaires et mammaires et véhicules pour handicapé couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les prothèses auditives qui font l'objet d'un poste distinct.

DENTAIRE

-> Pour les actes non remboursés par l'AMO, ces dits actes doivent être inscrits à la classification commune des actes médicaux pour être pris en charge.

OPTIQUE

-> L'équipement ou la chirurgie font l'objet d'un remboursement sur présentation d'une ordonnance et d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.

-> Le forfait lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.

-> **Forfait lunettes 16 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 l'AMO 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 dernier élément de l'équipement si achat dissocié.

-> **Lentilles** : le forfait lentilles non remboursées par l'AMO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).

-> **Chirurgie réfractive** : on entend par "chirurgie réfractive" toute intervention de chirurgie sur les yeux permettant de corriger les défauts visuels (implant et laser).

PRESTATIONS PARTICULIERES

-> **Allocation 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 multiples. La prime naissance est également versée en cas d'adoption dès lors que l'inscription de l'enfant a été faite dans les 3 mois qui suivent l'adoption.

-> **Médecine complémentaire** : les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADEL ou justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée. La prise en charge se fait selon modalités prévues au contrat.

-> **Pharmacie et médicaments non remboursés** : forfait par an et par bénéficiaire sur présentation de la facture nominative et acquittée de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire du traitement.

-> **Actes de prévention** : - scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (AXI), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une

fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire ;

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival effectué en deux séances maximum (AXI) ;

- bilan de langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans ;

- dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;

- dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale (CDQP010), audiométrie tonale avec

tympantométrie (CDQP015), audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011), audiométrie tonale et vocale (CDQP012), audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;

- acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans ;

- vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos et poliomyélite et ce quel que soit l'âge, coqueluche avant 14 ans, hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.