



PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
- Consultations et visites - médecins généralistes - Médecins signataires DPTM* - Médecins non signataires DPTM	70 % BR* 70 % BR	90 % BR 60 % BR	160 % BR 130 % BR	
- Consultations et visites - médecins spécialistes - Médecins signataires DPTM - Médecins non signataires DPTM	70 % BR 70 % BR	130 % BR 100 % BR	200 % BR 170 % BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	70 % BR	140 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Sages-femmes	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 ou 100 % BR	70 ou 30 % BR	130 % BR	
<b>Actes d'imagerie</b>				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
<b>Matériel médical</b>				
- Autres prothèses et petit appareillage	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
- Gros appareillage	100 % BR	50 % BR	150 % BR	Ce poste couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP).
- Fourniture médicale et pansement	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
<b>Médicaments</b>				
- Médicament à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicament à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicament à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
- Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO*	---	40 €	40 €	Forfait par an
- Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO	---	40 €	40 €	Forfait par an
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Équipement 100 % santé<sup>(1)</sup> Classe I - Soumis à des prix limités de vente</b>				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	40 % BR + 150 €	100 % BR + 150 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 675 €	100 % BR + 675 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
<b>Équipement hors 100 % santé<sup>(1)</sup> Classe II - Tarifs libres</b>				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 150 €	100 % BR + 150 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 675 €	100 % BR + 675 €	Forfait par année civile par prothèse. Hors entretien.
Accessoires, entretien et piles réparation	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>DENTAIRE</b>				
Soins, actes et consultations	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	270 % BR	340 ou 370 % BR	
Inlays et onlays remboursés par l'AMO*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
<b>Soins et prothèses 100 % santé<sup>(1)</sup> Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				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	
<b>Prothèses hors 100 % santé</b>				
- Panier à honoraires maîtrisés**				
- Prothèses dentaires remboursées par l'AMO y compris prothèses implantoportées	70 % BR	330 % BR + 338 €	400 % BR + 338 €	
- Inlay cores remboursés par l'AMO	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
- Panier à honoraires libres				
- Prothèses dentaires remboursées par l'AMO y compris prothèses implantoportées	70 % BR	330 % BR + 338 €	400 % BR + 338 €	
- Inlay cores remboursés par l'AMO	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>				
Prothèses dentaires et Implantologie	---	150 € / an	150 € / an	Forfaits par an. Sur présentation de la facture nominative acquittée.
Parodontologie	---	80 € / an	80 € / an	Ces actes doivent être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour être pris en charge.
Orthodontie	---	150 € / an	150 € / an	



PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
<b>OPTIQUE</b>				
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.				
<b>Équipement 100 % santé <sup>(1)</sup> (verres et/ou montures) Classe A</b>				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	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Prestations d'appariage	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
<b>Équipement 100 % santé <sup>(1)</sup> (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres</b>				
- Monture	60 % BR	100 € moins le remboursement de l'AMO	100 €	
- Verre simple	60 % BR	4,5 % PMSS moins le remboursement de l'AMO	4,5 % PMSS	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre complexe	60 % BR	7,3 % PMSS moins le remboursement de l'AMO	7,3 % PMSS	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre très complexe	60 % BR	7,3 % PMSS moins le remboursement de l'AMO	7,3 % PMSS	Forfait par verre et par bénéficiaire.
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>Lentilles</b>				
- Lentilles correctrices remboursées ou non par l'AMO	60 % BR	40 % BR + 180 €	100 % BR + 180 €	Par an, sur présentation de la facture nominative acquittée.
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b>				
- Médecins signataires DPTM	80 ou 100 % BR	170 ou 150 % BR	250 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	40 ou 20 % BR	120 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>Séjours</b>				
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Sur présentation de la facture nominative acquittée. Les frais de télévision, de téléphone et d'internet ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière :				Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné
- en hospitalisation	---	62 €	62 €	Par jour
- en maternité	---	62 €	62 €	
- en psychiatrie	---	62 €	62 €	
- en ambulatoire	---	20 €	20 €	
- Frais d'accompagnement		40 €	40 €	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Prime de naissance ou d'adoption	---	1/3 PMSS	1/3 PMSS	Forfait par enfant inscrit au contrat dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption
<b>BIEN-ÊTRE ET SANTÉ AU TRAVAIL</b>				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales : forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et de transport	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	100 % BR	
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, sophrologue.	--	40 € par séance 2 séances par an	40 € par séance 2 séances par an	
Sevrage tabagique non remboursé	---	150 €	150 €	Forfait par an
Santé au travail : dépistages maladies cardio-vasculaires, prévention des risques psycho sociaux, alimentation	---	OUI	OUI	
<b>SERVICES PLUS</b>				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24h/24 - 7j/7	---	OUI	OUI	à vos côtés, où que vous soyez - 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 : initiations aux premiers secours, gestes d'urgences pédiatriques, marche nordique et Qi Gong	---	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. / 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, et pour les forfaits ou plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire. Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge. La mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser la prestation.

(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'ALD, 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.



### EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL			
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	24 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	29 €	1 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	23 €	43 €	1 €		Prix moyen national de l'acte.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	23 €	38,10 €	17,90 €		Prix moyen national de l'acte.

<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Équipement 100 % santé - Classe I</b>							
Aide auditive de classe I par oreille	1 100 €	210 €	815 €	1 025 €	75 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix limite de vente.
<b>Équipement hors 100 % santé - Classe II</b>							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	210 €	815 €	1 025 €	451 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix moyen national de l'acte.

<b>HOSPITALISATION</b>							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	20 €	0 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM* ou l'OPTAM-CO*) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	355 €	0 €	Le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire intègre également la participation du patient d'un montant de 24 €.	Prix moyen national de l'acte.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	78,34 €	326,04 €	104,96 €		Prix moyen national de l'acte.

<b>DENTAIRE</b>							
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	28,92 €	0 €		Tarif conventionnel.
Orthodontie remboursée par l'AMO	611 €	193,50 €	417,50 €	611 €	0 €	Tarif pour un semestre.	Source - Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017.
<b>Prothèse 100 % santé</b>							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé)	500 €	84 €	416 €	500 €	0 €		Honoraire limite de facturation.
<b>Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires maîtrisés</b>							
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84 €	454,70 €	538,70 €	0 €		Prix moyen national de l'acte.
<b>Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires libres</b>							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	463,45 €	538,70 €	0 €		Prix moyen national de l'acte.

<b>OPTIQUE</b>							
<b>Équipement 100 % santé - Classe A</b>							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	125 €	0 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix limite de vente.
<b>Équipement hors 100 % santé - Classe B</b>							
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	344,91 €	345 €	0 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix moyen national de l'acte.

\* **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. / **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens).

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel.