Garantie : CAP SCIENCES / RESPONSABLE

Année 2017

Le montant des prestations inclut les remboursements du régime obligatoire et de la mutuelle	Base – Régime Obligatoire	Base – Total = R O + R C	Conditions d'application
HOSPITALISATION médicale chirurgicale & obstétrique			
Actes, soins et honoraires (médecins hors contrat d'accès aux soins)	80%-100%	140% 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 avec contrat d'accès aux soins)	80%-100%	160% BR	
Frais de séjour	80%-100%	100% BR	
Forfait journalier hospitalier à partir du 1er jour	0	100% FR	La prise en charge des établissements médico-sociaux est exclue du forfait journalier
Chambre particulière par jour :		100%	La prise en charge de la chambre particulière hors ambulatoire limitée à : - 90 jours par an en chirurgie, médecine obstétrique et séjour faisant suite directement à intervention chirurgicale dans les services de réadaptation, rééducation et maison de convalescence, - 30 jours par an pour la psychiatrie Hors ambulatoire prise en charge à 100% dans les établissements conventionnés par la mutuelle et plafonné hors convention à : 57 € / jour pour les séjours médicaux, chirurgicaux, obstétriques et à 49 € / jour pour les séjours dans les services de réadaptation, rééducation, maison de convalescence et psychiatrie.
Médecine, Chirurgie, Obstétrique	0		
Soins de suite et réadaptation (repos, convalescence, rééducation, réadaptation ...)	0		
Psychiatrie	0		
Maison d'enfant à caractère sanitaire	0		
Forfait ambulatoire	0	20 €	Forfait ambulatoire : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en chage au titre du forfait ambulatoire
Frais d'accompagnant	0	26 € / jour	Prise en charge des frais réalisés dans l'établissement de soins par l'accompagnant de la personne protégée et limitée à 10 jours maximum par séjour
Télévision	0	3,5 € / jour	10 jours maximum par séjour
FRAIS MEDICAUX COURANTS			
Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes			
✓ médecins hors contrat d'accès aux soins	70%	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge
✓ médecins avec contrat d'accès aux soins	70%	220 % BR	
Actes techniques et actes d'imagerie			
✓ médecins hors contrat d'accès aux soins	70%	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge
✓ médecins avec contrat d'accès aux soins	70%	220 % BR	
Analyses, remboursés par le régime obligatoire	60%	100 % BR	
Auxiliaires médicaux	60%	100 % BR	
Prothèses auditives, par oreille	60%	100 % BR	
Autres prothèses, produits et appareillages	60%	400 % BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée
Véhicules pour handicapés	60%	100 % 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	
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%	100 % BR	
Prothèse dentaire remboursée par la régime obligatoire (y compris inlay core)	70%	400 % BR	
Prothèses dentaires, Implants, Parodontie non remboursés par le régime obligatoire	0	750 €	Forfait par année civile par personne protégée pour les prothèses, implants, couronnes provisoires ainsi que la parodontologie non remboursée par le régime obligatoire.
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	100%	350 % BR	
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire	0	10% PMSS	Forfait par semestre et par personne protégée / limité à 6 semestres
OPTIQUE			
Lunettes enfants remboursées par la 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. 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%	150 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	160 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	160 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	185 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	185 €	
Lunettes adultes remboursées par la régime obligatoire - équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue		60%BR +	
✓ monture	60%	150 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	160 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	160 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	185 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	185 €	
Lentilles remboursées par le régime obligatoire	60%	100 %BR	
Lentilles remboursée ou non remboursées par le régime obligatoire	0	8 % PMSS	Forfait par année civile et par personne protégée
Opération de la vision	0	300 €	Forfait par année civile, par personne protégée et par oeil
PRESTATIONS PARTICULIERES			
Assistance (☎ sur votre carte mutuelle)		Imprévus : 24h/24&7j/7	
Cures thermales remboursées, sans hospitalisation (21 jours)			
✓ Honoraires de surveillance et soins thermaux	70%	100 % BR	Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les herbegements remboursés par le régime obligatoire
✓ Forfait d'hébergement	0	230 €	
Allocation Maternité ou Adoption	0	310 €	Allocation versée par enfant inscit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption
Forfait bien être (pour les actes prescrits médicalement et non remboursés par le régime obligatoire) ✓ homéopathie, phytothérapie, kinésithérapie, ostéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture, réflexologie, éthiopathie praticiens inscrits au registre national des éthiopathes, ✓ podologie (orthoplastie) et soins de pédicure, ✓ prothèses mammaires ou capillaires en complément du remboursement du régime obligatoire	0	90 €	Forfait par année civile et par personne protégée
Forfait prévention ✓ consultation santé -voyage, ✓ vaccins et sérums, ✓ pilules contraceptives, ✓ amniocentèse, ✓ traitement anti tabac	0	50 €	Forfait par année civile et par personne protégée Traitement anti-tabac : pour les traitements par substituts nicotiniques prescrits et remboursés par le régime obligatoire et après 1ère intervention du régime obligatoire (inhalateur, cigarettes de substitution, cigarettes électroniques, comprimés)
Allocation forfaitaire en cas de décès	0	100% PMSS	Participation forfaitaire aux frais d'obsèques par personne, en inclusion L221-3, si l'adhésion de la personne à la garantie est intervenue avant l'âge de 70 ans. MUTEX - 125 avenue de Paris 92327 Châtillon cedex - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 31 978 110 €. Entreprise régie par le code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Prévention & Bien être			
Priorité santé mutualiste : accompagnement santé personnalisé		OUI	
Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien		OUI	
Fonds social : un accès aux soins pour tous		OUI	

document non contractuel

13/09/2016

Eovi-Mcd mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la régime obligatoire : 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 régime obligatoire) 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 régime obligatoire

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 régime obligatoire; la liste est disponible auprès d[…] mu[…] participation forfaitaire de[…] actes […] €. 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 du régi[me] 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'Eovi Mcd mutuelle le 18 juin 2015, toute modification après cette date ne peut entrainer une participation supplémentaire de la mutuelle.

B.R = Base de remboursement / S S = régime obligatoire / T M = Ticket modérateur / PMSS = Plafond mensuel régime obligatoire soit 3218 € au 1 janvier 2016

CAP SCIENCES
Association loi 1901
Hangar 20 - Quai de Bacalan
33300 BORDEAUX - Tél. 05 56 01 07 07
SIRET 399 884 253 00036 - APE 9001Z