

Le montant des prestations inclut les remboursements du régime obligatoire et de la mutuelle	Régime Obligatoire	FNATH1 Total = R.O + R.C	Conditions d'application
	<b>HOSPITALISATION médicale chirurgicale &amp; obstétrique</b>		
<b>Actes, soins et honoraires</b> (médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO*)	80%-100%	100% BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
<b>Actes, soins et honoraires</b> (médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*)	80%-100%	100% BR	
<b>Frais de séjour</b>	80%-100%	100 % BR	
<b>Forfait journalier hospitalier</b> à partir du 1 <sup>er</sup> jour	0	100% FR	
<b>Chambre particulière par jour :</b>			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	0 €	
Soins de suite et réadaptation (repos, convalescence, rééducation, réadaptation...)	0	0 €	
Psychiatrie	0	0 €	
Maison d'enfant à caractère sanitaire	0	0 €	
<b>Forfait ambulatoire</b>	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.
<b>Frais d'accompagnant</b>	0	0 €	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.
<b>FRAIS MEDICAUX COURANTS</b>			
<b>Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes</b>			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%	100 % BR	
<b>Actes techniques et actes d'imagerie</b>			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%	100% BR	
<b>Analyses, remboursées par le régime obligatoire</b>	60%	100% BR	
<b>Auxiliaires médicaux</b>	60%	100% BR	
<b>Prothèses auditives, par oreille</b>	60%	100% BR	
✓ Piles et entretien: forfait annuel	0%	0 €	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée
<b>Autres prothèses, produits et appareillages</b>	60%	100% BR	
<b>Médicaments à Service Médical Rendu Important</b>	65%	100% BR	SMR important : vignette blanche
<b>Médicaments à Service Médical Rendu Modéré</b>	30%	100% BR	SMR modéré : vignette bleue
<b>Médicaments à Service Médical Rendu Faible</b>	15%	100% BR	SMR faible : vignette orange
<b>Transport remboursé par le régime obligatoire</b>	65%	100% BR	
<b>Transport non remboursé par le régime obligatoire</b>	0	0 €	Forfait par année civile et par personne protégée
<b>DENTAIRE sur devis, consultez-nous pour les cas non précisés ci-dessous</b>			
<b>Actes et soins dentaires et inlay / onlay</b> remboursés par le régime obligatoire	70%	100% BR	
<b>Implant, limité à 1 par an</b>	0	0 €	Forfait par implant
<b>Prothèse dentaire jusqu'à la 1ère prémolaire</b> remboursée par le régime obligatoire (y compris inlay core)	70%	100% BR	
<b>Prothèse dentaire autres dents</b> remboursée par le régime obligatoire (y compris inlay core)	70%	100% BR	
<b>Prothèse dentaire amovible base 3 dents</b>			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	100% BR	
✓ Réfection non remboursée	0	0 €	
<b>Autres prothèses dentaires</b>	0	100% BR	
<b>Orthodontie</b> remboursée par le régime obligatoire	100%	100% BR	
<b>Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire</b>	0	0 €	Forfait par semestre et par personne protégée / limité à 6 semestres
<b>OPTIQUE</b>			
<b> Lunettes enfants</b> 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.
✓ montage	60%	30 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	35 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	85 €	
<b> Lunettes adultes</b> remboursées par la régime obligatoire - équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue		60%BR +	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.
✓ montage	60%	30 €	
✓ un verre unifocal faible correction	60%	35 €	
✓ un verre unifocal forte correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal faible correction	60%	85 €	
✓ un verre multifocal forte correction	60%	85 €	
<b>Lentilles</b> remboursées par le régime obligatoire	60%	100%BR	
<b>Lentilles</b> remboursée ou non remboursées par le régime obligatoire	0	0 €	Forfait par année civile et par personne protégée
<b>Opération de la vision</b> : chirurgie réfractive ou implants	0	0 €	Forfait par année civile, par personne protégée et par œil
<b>PRESTATIONS PARTICULIERES</b>			
<b>Assistance</b> (☎ sur votre carte mutuelle)		Imprévus : 24h/24&7j/7	
<b>Crédit annuel pour les prestations suivantes</b>		<b>80 €</b>	
<b>Cures thermales remboursées, sans hospitalisation</b> (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	0 €	
<b>Médecine non remboursée</b> fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie	0	50 €	
<b>Médecine non remboursée</b> (selon modalités indiquées au contrat), ✓ Diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute	0	20€ par séance	Limite de 3 séances par an
<b>Médicaments prescrits, non remboursés par le régime obligatoire</b> ✓ Moyen de contraception, sevrage tabagique, vaccins, médicaments du voyageur	0	25 €	Forfait par année civile et par personne protégée
<b>Confort (forfait annuel)</b> ✓ Loupe visuelle ambylope	0	50 €	
<b>Téléconsultation médicale 7j/7 - 24h-24</b> 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	Accédez au service Médecin Direct : depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr, depuis le site Internet www.medecindirect.fr ou par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé). Service 100% confidentiel et sécurisé.
<b>Prévention &amp; Bien être :</b> <b>Ateliers santé : apprendre à préserver sa santé au quotidien</b>		OUI	
<b>Fonds social : un accès aux soins pour tous</b>		OUI	
document non contractuel			
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 de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € 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 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'Eovi Mcd mutuelle 173 rue de Bercy CS 31802 75584 PARIS Cedex 12			
B.R. = Base de remboursement / S.S.= régime obligatoire / T.M.= Ticket modérateur / PMSS = 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

	<b><u>FNATH1</u></b>
<b>Enfant</b>	18.17€
<b>21/25</b>	20.67€
<b>26/30</b>	22.50€
<b>31/35</b>	25.34€
<b>36/40</b>	28.26€
<b>41/45</b>	31.78€
<b>46/50</b>	36.32€
<b>51/55</b>	41.68€
<b>56/60</b>	47.77€
<b>61/65</b>	55.39€
<b>66/70</b>	63.16€
<b>71/75</b>	69.57€
<b>76/80</b>	75.83€
<b>81 et +</b>	81.18€