

NEXT TIME

INFORMATIONS PRATIQUES...



Les + : La Solidité de la mutuelle [AESIO](#)
et la proximité du courtier gestionnaire [AUDITIUM](#).



- Les services de la mutualité française en matière d'assistance, de téléconsultation 24h/24 et 7j/7 et d'action sociale pour les plus démunis.
- Pas d'augmentation de la cotisation liée à l'âge. Seule la mutualisation (rapport cotisations / prestations du groupe) peut influencer l'évolution des cotisations.
- Accès au [réseau Carte Blanche](#) offrant des réductions significatives chez les opticiens et audio-prothésistes adhérents.
- Des cotisations identiques sur tout le territoire français.
- Adhésion au 1er du mois sans de délai d'attente.
- Les adhérents NEXT-TIME, en qualité de sociétaires du groupe AESIO, bénéficient des avantages des [partenaires de la mutuelle](#).



2 POSSIBILITES POUR ADHERER :

➔ [CLIQUEZ ICI POUR ADHERER EN LIGNE](#)

OU ➔ [CLIQUEZ ICI POUR TELECHARGER VOTRE BULLETIN ET ADHERER PAR COURRIER OU MAIL](#)

Dans ce cas, le bulletin est à retourner par mail à l'adresse mutuelle@next-time.org accompagné du mandat SEPA, d'un RIB et des attestations de Sécurité sociale des bénéficiaires, ou par courrier chez **AUDITIUM - 18 rue d'Algérie - BP 1023 - 69201 Lyon Cedex 01.**



VOS DOCUMENTS CONTRACTUELS :


➔ [CLIQUEZ ICI POUR TELECHARGER LES CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT](#)

**MUTUELLE NEXT
REGIME 1**

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	70 % ou 50 % BR	150% 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	50 % ou 30 % BR	130% BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	70 % ou 50 % BR	150% BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- 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), - 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	30 €	30 €	
- Soins de suite et de réadaptation	---	30 €	30 €	
- Psychiatrie	---	30 €	30 €	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	30 €	30 €	
- Ambulatoire	---	20 €	20 €	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	30 €	30 €	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. Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Ils sont remboursés au bénéficiaire, des garanties, hospitalisé. 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.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150% 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	60 % BR	130% BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	90 % BR	150% BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100% 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	30 % BR	100% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150% 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	60 % BR	130% BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	90 ou 50 % BR	150% BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Véhicules pour handicapés	60 % BR	90 % BR	150% BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100% BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins(dont Inlay Onlay), actes et consultations	70 % BR	80 % BR	150% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	150 % BR	250% BR	
Soins et prothèses 100 % santé (1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le materiau 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	
Prothèses hors 100 % santé				x € de plafond par an et par bénéficiaire. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.
- Panier à honoraires maîtrisés**	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
- Panier à honoraires libres	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Prothèses	---	220% BR	220% BR	Forfait par an et par bénéficiaire Prothèse inscrite à la classification
- Implant	---	165 €	165 €	Forfait par implant, limité à un par an, et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	300 €	300 €	Forfait par semestre 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 montures) 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	
- 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
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	105 € moins 60 % BR	105 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	125 € moins 60 % BR	125 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60 % BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	105 € moins 60 % BR	105 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	125 € moins 60 % BR	125 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60% BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription				
- Lentilles	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	246 € - 60 % BR	246 €	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	246 €	246 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				
	---	185 €	185 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

AC-25/07/19

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
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	90% BR	150% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	90% BR	150% BR	Un appareil par oreille par an et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé (1) Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	90 % BR	150% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	90 % BR	150% BR	
Accessoires, entretien, piles réparation	60 % BR	90% BR	150% BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIÈRES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO, sans hospitalisation (21 jours) :				Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
- Frais d'hébergement	---	8% PMSS	8% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : Diététicien / nutritionniste, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute.	---	30 €	30 €	Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Actes prescrits non remboursés par l'AMO :				
- Ostéodensitométrie	---	90 €	90 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Allocation Maternité ou Adoption	---	8% PMSS	8% PMSS	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
Pharmacie non remboursée par l'AMO :				
- Sur prescription : médicaments recensés comme tel dans le VIDAL	---			
- Sur facture nominative : préservatifs, tests de grossesse et tests d'ovulation	---	40 €	40 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	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	 à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	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 Maitrisée / 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.

**MUTUELLE NEXT
REGIME 2**

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	120 % ou 100 % BR	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 non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	100 % ou 80 % BR	180% BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	120 % ou 100 % BR	200% BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- 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), - 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	60 €	60 €	
- Soins de suite et de réadaptation	---	60 €	60 €	
- Psychiatrie	---	60 €	60 €	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	60 €	60 €	
- Ambulatoire	---	20 €	20 €	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	30 €	30 €	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	130 % BR	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 non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180% BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	140 % BR	200% BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	55 % 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	30 % BR	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	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 non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180% BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	140 ou 100 % BR	200% BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Véhicules pour handicapés	60 % BR	140 % BR	200% BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100% BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins(dont Inlay Onlay), actes et consultations	70 % BR	200 % BR	270% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	200 % BR	300% BR	
Soins et prothèses 100 % santé (1) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel 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	
Prothèses hors 100 % santé				x € de plafond par an et par bénéficiaire. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.
- Panier à honoraires maîtrisés**	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
- Panier à honoraires libres	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Parodontologie	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	270% BR	270% BR	Forfait par an et par bénéficiaire Prothèse inscrite à la classification
- Implant	---	215 €	215 €	Forfait par implant, limité à un par an, et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	390 €	390 €	Forfait par an 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 montures) 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	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	155 € moins 60 % BR	155 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	200 € moins 60 % BR	200 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	210 € moins 60 % BR	210 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	155 € moins 60 % BR	155 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	200 € moins 60 % BR	200 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	210 € moins 60% BR	210 €	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	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	308 € - 60 % BR	308 €	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	308 €	308 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	308 €	308 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

DM-XXXXXX-06/19

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
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	140% BR	200% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	140% BR	200% BR	
Équipement hors 100 % santé (1) Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	140% BR	200% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	140% BR	200% BR	
Accessoires, entretien, piles réparation	60 % BR	140% BR	200% BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :				Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
- Frais d'hébergement	---	10% PMSS	10% PMSS	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : Diététicien / nutritionniste, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute	---	35 €	35 €	Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
Actes prescrits non remboursés par l'AMO :				
- Ostéodensitométrie	---	90 €	90 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Allocation Maternité ou Adoption	---	10% PMSS	10% PMSS	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
Pharmacie non remboursés par l'AMO :				
- Sur prescription : médicaments recensés comme tel dans le VIDAL	---			
- Sur facture nominative : préservatifs, tests de grossesse et tests d'ovulation	---	40 €	40 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	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	 - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	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 Maitrisée / 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.

**MUTUELLE NEXT
REGIME 3**

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	220 % ou 200 % BR	300% 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	120 % ou 100 % BR	200% BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	220 % ou 200 % BR	300% BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- 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), - 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	90 €	90 €	
- Soins de suite et de réadaptation	---	90 €	90 €	
- Psychiatrie	---	90 €	90 €	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	90 €	90 €	
- Ambulatoire	---	20 €	20 €	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	30 €	30 €	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	200 % BR	270% 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	130 % BR	200% BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	140 % BR	200% BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100% BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	125 % BR	195% 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	105 % BR	175% BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	200 % BR	270% 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	130 % BR	200% BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100% BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100% BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	240 % ou 200 % BR	300% BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Véhicules pour handicapés	60 % BR	240 % BR	300% BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100% BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins(dont Inlay Onlay), actes et consultations	70 % BR	300 % BR	370% BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	250 % BR	350% 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	
Prothèses hors 100 % santé				
- Panier à honoraires maîtrisés**	70 % BR	300 % BR	370 % BR	
- Panier à honoraires libres	70 % BR	300 % BR	370 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Parodontologie	---	150 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	370% BR	370% BR	Forfait par an et par bénéficiaire, prothèse inscrite à la classification
- Implant	---	325 €	325 €	Forfait par implant, limité à un par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	450 €	450 €	Forfait par semestre 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 montures) 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	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	160 € moins 60 % BR	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	300 € moins 60 % BR	300 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	325 € moins 60 % BR	325 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé (1) (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	160 € moins 60 % BR	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	300 € moins 60 % BR	300 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	325 € moins 60 % BR	325 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et montures : filtres, prismes et adaptation de la prescription				
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	463 € - 60 % BR	463 €	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	463 €	463 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	463 €	463 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil 25/07/19

AC 25/07/19

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
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	240% BR	300% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	240% BR	300% BR	
Équipement hors 100 % santé (1) Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	240 % BR	300% BR	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	240 % BR	300% BR	
Accessoires, entretien, piles réparation	60 % BR	240 % BR	300% BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIÈRES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO, sans hospitalisation (21 jours) : Forfait d'hébergement		15% PMSS	15% PMSS	Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
Médecines complémentaires : Diététicien / nutritionniste, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute	---	45 €	45 €	Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire.
Actes prescrits non remboursés par l'AMO : - Ostéodensitométrie	---	90 €	90 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Allocation Maternité ou Adoption	---	15% PMSS	15% PMSS	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
Pharmacie non remboursés par l'AMO : - Sur prescription : médicaments recensés comme tel dans le VIDAL - Sur facture nominative : préservatifs, tests de grossesse et tests d'ovulation	---	40 €	40 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	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	 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.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	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.

Eovi-Mcd Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176
Siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12