

Tableau détaillé des prestations 2016

COLBFORA Responsable		COLBFORA		Conditions d'application
Le montant des prestations inclut les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle	Sécurité sociale	Total = S.S + Mutuelle		
Hospitalisation médicale ou chirurgicale et maternité				
Frais de séjour et autres frais, participation forfaitaire	80%-100%	100%		
Actes de chirurgie et d'anesthésie, accouchement simple ou par césarienne, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, péridurale				Accouchement hors intervention chirurgicale, la péridurale est prise en charge sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (remboursement du régime obligatoire inclus).
Médecins hors contrat d'accès aux soins	80%-100%	200%		
Médecins avec contrat d'accès aux soins	80%-100%	250%		
Imagerie diagnostique, actes d'échographie				
Médecins hors contrat d'accès aux soins	80%-100%	200%		
Médecins avec contrat d'accès aux soins	80%-100%	250%		
Forfait journalier hospitalier <small>(Montant journalier)</small>	---	18,00 €		Prise en charge hors ambulatoire illimitée pour toutes hospitalisations. Pour les séjours en psychiatrie et les hospitalisations de jour en centre "mémoire de proximité" ou unité cognitive comportementale Alzheimer prise en charge sur la base de 13,50 € par jour)
Chambre particulière <small>(y compris la maternité) (Montant journalier)</small>	---	Frais réels		Prise en charge hors ambulatoire illimitée pour toutes hospitalisations et limité à 30 jours par an et par personne pour les séjours en psychiatrie. - EN AMBULATOIRE prise en charge uniquement pour les séjours avec intervention chirurgicale (ADC, ATM) et avec un acte d'anesthésie (ADA) à hauteur de 100% dans les établissements conventionnés par la Mutuelle et à 10,30€/ jour pour les séjours hors convention HORS AMBULATOIRE (séjours comportant au moins une nuit de 22H à 6H) Prise en charge à 100% dans les établissements conventionnés par la Mutuelle et plafonné hors convention à 57 €/ jour pour les séjours médicaux, chirurgicaux obstétricaux et à 49 € pour les séjours dans les services de réadaptation, rééducation, maison de convalescence et psychiatrie
Frais d'accompagnant <small>(Montant journalier)</small>	---	20 €		Prise en charge hors ambulatoire des frais réalisés dans l'établissement de soins par l'accompagnant de la personnes protégée.
Maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	---	1/3 PMSS		Dans la limite des frais réellement engagés
Frais de Télévision (toute hospitalisation confondue, prise en charge à compter du 5e jour d'hospitalisation)	---	30 jours		Prise en charge limitée en nombre de jours par année civile et par personne protégée
Soins médicaux				
Consultations et visites médecins généralistes et Spécialistes				
Médecins hors contrat d'accès aux soins	70%	130%		Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge dans la limite de 100% TC.
Médecins avec contrat d'accès aux soins	70%	150%		
Soins auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	60%	150%		
Analyses				
Imagerie diagnostique, actes techniques médicaux (soins et honoraires), actes d'échographie				
Médecins hors contrat d'accès aux soins	70%	150%		
Médecins avec contrat d'accès aux soins	70%	130%		
Service Médical Rendu Important	65%	100%		
Service Médical Rendu Modéré	30%	100%		
Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire	60%	100%		
Orthopédie - petit appareillage	60%	150%		
Honoraires et soins cures thermales remboursés par le régime obligatoire				
Transport	65%	100%		
Optique				
Monture, verres, lentilles remboursés par le régime obligatoire	60%	400%		Remboursement une fois par an (à compter de la date d'acquisition d'un équipement) par personne protégée de moins de 18 ans et une fois tous 2 ans (à compter de la date d'acquisition d'un équipement) par personne protégée de 18 ans et plus, sauf en cas d'évolution de la correction supénaire ou égale à 0,50 dioptrie, sur présentation des prescriptions médicales correspondantes réalisées par un ophtalmologiste, le forfait étant versé au maximum une fois par an. Définition et encadrement du remboursement des types de verres conformément au (a)(c)(f) selon les minimums et les maximums prévus par le décret d'application sur les garanties complémentaire santé des salariés en application de l'article L911-7 du code de la sécurité sociale.
Forfait optique monture, verres, lentilles remboursés par le régime obligatoire	---	10% PMSS		
Lentilles externes remboursées par le régime obligatoire	60%	100%		
Forfait lentilles externes non remboursées par le régime obligatoire	---	10% PMSS		Forfait par année civile et par personne protégée
Adaptation de lentilles externes non remboursées par le régime obligatoire	---	60 €		Forfait par année civile et par personne protégée
Chirurgie corrective ou réfractive (chirurgie au laser ou lentille intra-oculaire)	---	180 €		Forfait accordé par année civile par personne protégée et par œil pour le remboursement des actes de chirurgie corrective ou réfractive corrigant l'amétropie et non pris en charge par le régime obligatoire.
Dentaire				
Hors soins dentaires, le total des remboursements de prothèses et d'orthodontie ne peut excéder 1 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) par année civile et par personne protégée. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur majoré de 25% reste pris en charge pour les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursées.				
Consultations, soins dentaires remboursés par le régime obligatoire	70%	100%		
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	70%	250%		
Prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire	---	300 €		Forfait par année civile et par personne protégée
Implant dentaire non remboursé par le régime obligatoire	---	180 €		Forfait par année civile et par personne protégée
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	100%	250%		
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire	---	250%		Calcul de remboursement à partir de la base d'un remboursement du régime obligatoire de 193,50€



Les forfaits inclus dans votre garantie 2016

Des avantages uniques et de vrais services de vie pratique

COLBFORA Responsable		COLBFORA	Conditions d'application
Le montant des prestations inclut les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle	Sécurité sociale	Total = S S + Mutuelle	
Soins de remise en forme suite à maternité (ostéopathie / cure thermale) non remboursés par le régime obligatoire	---	250 €	Forfait annuel par personne (la maman, le bébé) pour les soins non remboursés par le régime obligatoire effectués dans les 6 mois suivant sa naissance et sous réserve que l'enfant soit inscrit dans le mois qui suit sa naissance.
Cure thermale remboursée par le régime obligatoire Dépassement sur Honoraires, frais thermaux, déplacements, hébergement	---	250 €	Forfait par année civile et par personne protégée sur les dépassements restant à charge après intervention de la garantie sur les honoraires de surveillance thermale, les dépassements d'honoraires et les frais thermaux pris en charge par le régime obligatoire pour toute cure thermale médicalement prescrite ainsi que sur les déplacements et l'hébergement du curiste non pris en charge par le régime obligatoire.
Forfait prothèse auditive remboursée par le régime obligatoire	---	310 €	Forfait par année civile, par personne protégée et par oraille
Médecine alternative pour les actes prescrits et non remboursés par le régime obligatoire : Acupuncture / homéopathie / ostéopathie / substituts nicotiniques	---	150 €	Forfait par année civile et par personne protégée
Pédicure, podologie prescrits et non remboursés par le régime obligatoire	---	60 €	Forfait par année civile et par personne protégée.
Ostéo densitométrie prescrite et non remboursée par le régime obligatoire	---	60 €	Forfait par année civile et par personne protégée.
Orthopédie, petit appareillage, remboursés par le régime obligatoire	---	60 €	Forfait par année civile et par personne protégée.
Vaccins prescrits et non remboursés par le régime obligatoire	---	30 €	Forfait par année civile et par personne protégée.
Actes de prévention			
Actes prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale	65%	100%	dont : Scellement des sillons dentaires avant 14 ans, Dépistage hépatite B, Ostéodensitométrie, vaccin anti-grippe.
Accès au fond d'action sociale	----	Oui	
Abonnement au Journal Mutualiste :	----	Inclus	
Allocation forfaitaire en cas de décès (Prestation annuelle en inclusion article L221-3)	----	1 PMSS	EOVI MCD MUTUELLE - 44 rue de Copernic 75016 Paris - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le N°317 442 76.
Priorité Santé Mutualiste Demandes d'intervention par téléphone au 3935	----	Inclus	
Protection Juridique Recours Médical (Article L221-3 - Assuré par CFDP Assurances) : - Service d'Assistance Juridique par téléphone et de proximité, - Service de Protection Juridique pour les mesures amiables ou judiciaires. Demandes d'intervention par téléphone au 0969 320 692	----	Inclus	CFDP Assurances - 1 Place Françoise Régaud - 66002 Lyon - SA au capital de 1 600 000 € Entreprise régie par le Code des Assurances. RCS Lyon 958 506 156 B.
Assistance (Article L221-3 - Assuré par Ressources Mutuelles Assistance) : Assistance en cas d'urgence 24 h / 24h, 365 jours par an au 0969 320 692	----	Inclus	Ressources Mutuelles Assistance (RMA) - 46 rue du Moulin BP 62127 - 44121 Vertou Cedex Union Technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le N°444 268 682.

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires qui peuvent être exprimés soit en pourcentage du Plafond Mensuel Sécurité Sociale, soit en montant en euros. Hors parcours de soins coordonnés, la Mutuelle ne rembourse pas la majoration du ticket modérateur ni la franchise portée sur les dépassements d'honoraires.

Plafond Mensuel Sécurité Sociale au 1er janvier 2016	3 218 €	L'intégralité des statuts de la mutuelle EOVI MCD et notices d'information peuvent être consultés sur simple demande dans toutes les agences de la mutuelle et sur www.myriade.fr - MYRIADE groupe Eovi Mcd
Remboursement des verres et montures selon les minimums et les maximums prévus par le décret d'application sur le cahier des charges des contrats responsable en application de l'article 14 de la loi 2014-882 du 8 août 2014 et le décret d'application sur les garanties complémentaires santé des salariés en application de l'article L911-7 du code de la sécurité sociale		
Remboursement pour un équipement (2 verres + 1 monture) - Au sein de l'équipement remboursement de la monture limitée à 150 €		
Verres Simples (a)	Minimum	Maximum
- Enfant - 2261874-2242457-2200393-2270413 - Adulte - 2203240-2267916-2259966-2226412	100,00 €	470,00 €
Verres Mixtes (b)		
Un verre (a) + un verre (c)	150,00 €	610,00 €
Verres complexes (c)		
- Enfant - 2283963-2219381 - 2243540 - 2243304-2297441 - 2291088-2273854-2248320-2238941-2266385-2245036-2206800-2259245-2264045-2238792-2202452-2240671-2282221-2234239-2289680 - Adulte - 2284527-2254368 - 2282793 - 2280960-2283459 - 2265330-2238776-2265096-2212976-2252668-2238619-2289523-2280396-2291183-2227038-2299190	200,00 €	750,00 €
Verres Mixtes (d)		
Un verre (a) + un verre (f)	150,00 €	660,00 €
Verres Mixtes (e)		
Un verre (c) + un verre (f)	200,00 €	800,00 €
Verres Très Complexes (f)		
- Enfant - --- - Adulte - 2245384-2265198-2202238-2252042	200,00 €	850,00 €