

Garantie ARELYS

Le montant des prestations inclut les remboursements de la Sécurité sociale et de la Mutuelle

Sécurité sociale

TNS-2

TOTAL =
SS + Mutuelle



HOSPITALISATION médicale chirurgicale & maternité			
◆ Honoraires	80%-100%	500%BR	
◆ Séjour	80%-100%	500%BR	
◆ Forfait journalier hospitalier à partir du 1 ^{er} jour (1)	0	Frais réels	
◆ Chambre particulière (1) (2)	0	80 € par jour	
◆ Lit d'accompagnant	0	40 € par jour	
FRAIS MEDICAUX COURANTS			
◆ Consultations, visites (3)			
✓ médecins généralistes & spécialistes	70%	300%BR	
◆ Actes de chirurgie, techniques médicaux	70%	300%BR	
◆ Actes d'imagerie	70%	200%BR	
◆ Ostéodensitométrie, non remboursée par la Sécurité sociale	0	60 € par an	
◆ Analyses, acceptées	60%	100%BR	
◆ Analyses, hors nomenclatures, forfait annuel	0	60 € par an	
◆ Auxiliaires médicaux	60%	100%BR	
◆ Prothèses auditives	65%	400%BR	
◆ Prothèses orthopédiques	65%	350%BR	
◆ Pharmacie prise en charge à 35% et 65%	35%-65%	100%BR	
◆ Transport accepté	65%	100%BR	
DENTAIRE sur devis, consultez-nous pour les cas non précisés ci-dessous			
◆ Soins dentaires, remboursables	70%	500%BR	
◆ Implant, montant par implant, limité à 2 par an	0	300 € implant	
◆ Prothèse dentaire remboursable	70%	500%BR	
◆ Prothèse dentaire non remboursable, inscrites nomenclature sur avis dentiste conseil	0	430%BR estimé	
◆ Orthodontie acceptée	100%	350%BR	
◆ Orthodontie refusée	0	250%BR estimé	
OPTIQUE			
Lunettes (verres & monture) enfant accordées Sécurité sociale, crédit annuel par personne	65%	100% + 200 €	
Lunettes (verres & monture) adulte accordées Sécurité sociale, crédit annuel par personne			
✓ unifocaux	65%	100% + 450 €	
✓ progressifs et multifocaux	65%	100% + 550 €	
Lentilles, accordées et refusées Sécurité sociale, crédit annuel par personne	0 ou 65%	100% + 200 €	
◆ Opération de la vision (laser), forfait annuel par oeil	0	400 € par oeil	
PRESTATIONS PARTICULIERES			
◆ Assistance	0	OUI	
◆ Cures thermales acceptées, sans hospitalisation (21 jours)			
✓ Forfait global	65%-70%-100%	500 € + SS	
◆ Médecine non remboursée (4), limite 4 séances /an/ personne			
✓ Diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue	0	50 € par séance	
◆ Médicaments prescrits, non remboursés par S sociale Crédit annuel par bénéficiaire	0	50 € an	

(1) Limites de : 60 jours par an en psychiatrie et autres disciplines, 240 jours par an en centre agréé de rééducation fonctionnelle, 90 jours par an en maison de repos et de convalescence. Placements à l'année et temporaire exclus.

(2) La chambre particulière est prise en charge pour les séjours comportant au moins une nuit de 22h à 6h.

(3) Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge dans la limite de 100%TC.

(4) La mutuelle ne rembourse pas le TM sur les médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire.

Cette garantie est conforme aux règles des contrats responsables, si elle prend en charge le TM sur les consultations et prescriptions du médecin traitant :

✓ la mutuelle ne prend pas en charge les restrictions liées à l'application du code de la Sécurité sociale : la participation de 1 € (au 1^{er} septembre 2009) à charge de l'assuré (prévue au II de l'article L 322-2), et hors périmètre des contrats responsables : les franchises définies au III de l'article L 322-2. **Hors parcours de soins** (article R 871.1), la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2, et la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux cas prévus au 18° de l'article L162-5.

✓ la mutuelle prend en charge dans la limite de la garantie choisie : les actes prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale; la liste est disponible auprès de la mutuelle. La participation forfaitaire de 18 € sur actes > à 91 €

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 d'assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de l'Assemblée générale d'Eovi mutuelles présence le 27 mai 2009, toute modification après cette date ne peut entraîner une participation supplémentaire de la mutuelle.

B.R. = Base de remboursement
S.S.= Sécurité sociale
T.A.= Tarif d'autorité
T.C.= Tarif conventionnel,
T.M.= Ticket modérateur
T.R.= Tarif de responsabilité,
T.F.R.= Tarif forfaitaire de responsabilité.
PMSS = Plafond mensuel Sécurité sociale