

CONTRAT KOVERS MUTUELLE SANTE**Formule 4 CONFORT 300**

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2019.

	A.M.O.	Mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MEDECINE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	230%	300%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	230%	300%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	230%	300%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	230%	300%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux	60%	240%	300%
Analyses (Biologie)	60%	240%	300%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM + 300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	80%	220%	300%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	80%	120%	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS	-	1%	1%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros	-	34 €	34 €
Chambre particulière (2) Par jour en % du PMSS	-	4%	4%
Chambre particulière (2) Par jour, soit en Euros	-	135 €	135 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	-	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS	-	15%	15%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros	-	507 €	507 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	70%	280%	350%
Prothèses remboursées par l'AMO (5)	70%	280%	350%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	70%	280%	350%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	250%	350%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	1 200 €	1 200 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	-	430 €	430 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (5)	-	1 500 €	1 500 €
OPTIQUE			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfaits en complément de l'AMO :			
Un EQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (6)			
Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) Forfait annuel (6)			
Forfait Monture	-	150 €	150 €
Forfait par Verre unifocal simple et moyenne correction	-	160 €	160 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	-	200 €	200 €
Forfait par Verre multifocal faible correction	-	250 €	250 €
Forfait par Verre multifocal forte correction	-	275 €	275 €
Pour ADULTES et ENFANTS			
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ Crédit annuel	-	300 €	300 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) ~ Par œil	-	300 €	300 €
TRANSPORT			
Transport	65%	235%	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	290%	350%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ Par oreille	60%	290%	350%
Autres prothèses et appareillages	60%-65%-100%	TM + 300%	350%
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65%-30%-15%	TM	100%
CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Hébergement, hydrothérapie	70%	30%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS	-	12%	12%
Forfaits complémentaires (dans la limite des frais réels) soit en Euros	-	405 €	405 €
PREVENTION			
Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	-	100%	100%
Forfait Prévention : suivi médical, bilan santé complet par un médecin spécialisé en médecine du sport, certificat d'aptitude à la pratique d'un sport, test d'effort, épreuve d'effort d'intensité maximale, examen biologique, bilan psychologique, électrocardiogramme de repos...	-	350 €	350 €

DÉCÈS (7)			
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, en % PMSS	-	100%	100%
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, soit en Euros	-	3 377 €	3 377 €
e-SANTE			
Appli KOVERS-e-SANTE powered by BewelleConnect de Visiomed Group § prédiagnostic avec CheckUp § téléconsultation avec MyDoc § accès au store deSsanté connectée BewellConnect avec la réduction tarifaire Adhérent SCDP	-	Oui	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	-	350 €	350 €
Médecine à distance	-	Oui	Oui
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO			
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	-	300 €	300 €
SERVICES ET ASSISTANCE			
Garantie Assistance	-	Oui	Oui
Avantage réseau de soins	-	Carte Blanche	Carte Blanche
Protection juridique santé	-	Oui	Oui
Espace assuré	-	Oui	Oui

- (1) Les garanties sont acquises pour les établissements conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.
- (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est limitée à une prise en charge de 90 jours par an en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour.
- (3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.
- (4) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.
- (5) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO.
Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).
- (6) Optique : Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans (années civiles) sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 année civile).
- (7) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / **TM** : Ticket modérateur / **OPTAM** / **OPTAM CO** : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins).

Forfait de 24 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en Euros sont accordées par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant signé la convention OPTAM / CO. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

Contrat souscrit par l'Association d'assurés Santé Cœur de Puisaye

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle	Forfait Mutuelle
Monture	2,84 €	30,49 €	150,00 €	150,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	160,00 €	160,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	160,00 €	160,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	200,00 €	200,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	200,00 €	200,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	200,00 €	200,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	200,00 €	200,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	200,00 €	200,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	250,00 €	250,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	275,00 €	275,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	275,00 €	275,00 €