

LEXIQUE : AMO : Assurance Maladie Obligatoire | **BRSS** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale | **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **TM** : Ticket modérateur | **DÉLAI DE CARENCE** : Période initiale de non prise en charge des prestations concernées par cette disposition | **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).

Les garanties sont exprimées soit en % du PMSS, soit en Frais réels soit en pourcentage de la BR et dans la limite des frais réels engagés. Les forfaits de garanties exprimés au sein du tableau de garanties s'entendent par bénéficiaire et par année d'adhésion

Les garanties sont responsables et de ce fait automatiquement ajustées en cas d'évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

	Formule 3 Confort 200
<p>Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2024. Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2024 : 3864€. Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.</p>	A.M.O. + Mutuelle
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	150%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	150%
Actes de spécialité - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Actes de spécialité - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	150%
Échographie, radiologie - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO	200%
Échographie, radiologie - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	150%
Psychologues conventionnés remboursés par l'AMO (dans la limite de 8 séances par année d'adhésion et par assuré)	100%
Auxiliaires médicaux	200%
Analyses (Biologie)	200%
Matériel Médical: prothèses, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique)	200%
Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	450 €
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)	
Frais de séjour (1)	Frais réels
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / adhérent OPTAM-OPTAM CO	200%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Non adhérent OPTAM / OPTAM CO	150%
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (3)	Frais réels
Forfait Patient Urgences et Actes lourds	Frais réels
SEJOUR EN MEDECINE CHIRURGIE ET MATERNITE	
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS (7)	1,0%
Chambre particulière (limitation à 90 jours par année d'adhésion) (2) Par jour en % du PMSS (7)	2,0%
Forfait maternité / adoption (4) en % PMSS (7)	9%
DENTAIRE (1)	
Soins dentaires (hors 100% Santé)	300%
Soins et Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé"	Frais réels
Prothèses dentaires classe 2 (tarifs maîtrisés) ou 3 (tarifs libres) (6)	200%
<i>Bonus Fidélité après 24 mois d'adhésion : Prothèses dentaires classe 2 (tarifs maîtrisés) ou 3 (tarifs libres) (6)</i>	<i>+50%</i>
Plafond par année d'adhésion/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (hors prothèses 100% Santé)	1 000 €
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	200%
<i>Bonus Fidélité après 24 mois d'adhésion : Inlay / Onlay remboursés par l'AMO</i>	<i>+50%</i>
Orthodontie remboursée par l'AMO	300%
Orthodontie non remboursée par l'AMO - bilan et contention (forfait par année d'adhésion/bénéficiaire)	375 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses, implants y compris pilier ou faux moignon et parodontologie non remb. AMO, forfait par acte par année d'adhésion dans la limite de 3 actes / bénéficiaire)	150 €
<i>Bonus Fidélité après 24 mois d'adhésion : Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants y compris pilier ou faux moignon et parodontologie non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)</i>	<i>+25€</i>
OPTIQUE (1)	
Forfaits en complément de l'AMO : Un EQUIPEMENT Adulte (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5) / Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) tous les 1 ans ou 6 mois selon l'âge.	
Équipement de classe A "100% Santé"	Frais réels
Équipement Classe B	
Forfait Monture	100 €
Forfait par Verre simple	100 €
Forfait par Verre complexe	125 €
Forfait par Verre très complexe	150 €
<i>Bonus fidélité après 24 mois d'adhésion - Equipement Classe B</i>	<i>+25€</i>
Équipement Mixte (Combinaison de verres et monture de la Classe A et B)	Se référer aux montants des équipements de Classe B, sous déduction des éléments de Classe A pris en charge à hauteur des frais réels
Pour ADULTES et ENFANTS	
Lentilles remboursées par l'AMO	100%
Lentilles non remboursées par l'AMO - Par année d'adhésion	200 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil - par année d'adhésion	250 €
TRANSPORT	
Transport	100%
AIDES AUDITIVES (1)	
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans	Frais réels
Prothèses auditives classe 2 (le forfait se renouvelle tous les 4 ans) (6)	
La prise en charge ne pourra pas dépasser 1 700 euros maximum par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par l'AMO	100% + 300 €
Piles et accessoires	100%
MEDICAMENTS	
Médicaments remboursés par l'AMO	100%
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (1)	
Forfait cure	100%

Surveillance médicale	100%
Participation à l'Hébergement et au transport pris en charge par l'AMO (dans la limite des frais réels) (7) Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire	100% +7%PMSS
PREVENTION	
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et pris en charge par le RO	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... Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire	200 €
MEDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ	
Offre de services eSanté : Téléconsultation médicale (Kovers MyDoc) et Prédiagnostic Santé (Kovers CheckUp)	Oui
Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	150 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO	
Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés répertoriés auprès de l'ANSM. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe. PSYCHOLOGUE : Sur prescription médicale.	200 €
AUTRES PRESTATIONS	
Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par l'AMO	100%
SERVICES ET ASSISTANCE	
Garantie Assistance	Oui
Information juridique Santé	Oui
Espace assuré	Oui

(1) Les garanties sont acquises pour les établissements de court ou moyen séjour en secteur conventionné. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier, la participation forfaitaire, les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Délai d'attente : Les frais engagés au titre des garanties listées ci-dessous ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un Délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties :

- La chambre particulière

- L'orthodontie non remboursée par l'AMO

- La participation à l'hébergement et au transport pour les Cures thermales

Ce délai d'attente peut être abrogé si l'Adhérent fournit le certificat de radiation d'un contrat complémentaire santé en cours à la veille de la date d'effet.

Limitation: Les frais engagés au titre des garanties listées ci-dessous font l'objet d'une limitation de prise en charge pendant un délai de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties pour chaque Assuré, sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré a été victime après la prise d'effet des garanties.

Pendant cette période :

Les garanties suivantes sont limitées à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale :

- Les honoraires de chirurgie, médecine, maternité / adhérent ou non adhérent OPTAM-OPTAM CO

- L'orthodontie remboursée par l'AMO

- Les prothèses auditives de classes 2

- Les équipements optiques de Classe B (montures et verres)

(2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours en Chirurgie, Médecine et Maternité.

(3) Le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge 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) Versé lors de la déclaration de l'enfant comme Assuré au titre du Contrat, sous réserve que cette déclaration soit réalisée au plus tard dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

(5) Optique : Dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires de plus de 16 ans sauf si changement du défaut visuel et dans la limite d'un équipement par an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. La limite est décomptée par rapport à la date d'acquisition de l'équipement.

(6) Dans la limite des prix limites de vente (PLV) pour la classe 2. Pour les prothèses dentaires, elles sont prises en charge à 110% de la base de remboursement (AMO + complémentaire) dès lors que le plafond dentaire est atteint.

(7) Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours

Le forfait de 24 euros qui remplace le ticket modérateur pour les actes d'un montant supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par votre Complémentaire Santé AvoCotés.

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 (OPTAM), 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.

Grille Optique

CATÉGORIE 1

2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00]

2 verres unifocaux sphéro-cylindriques

dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ + 4,00

dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 6,00

CATÉGORIE 2

1 Verre de la catégorie 1

Et

1 Verre de la catégorie 3

CATÉGORIE 3

2 verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone

de - 6,00 à + 6,00

2 verres unifocaux sphéro-cylindriques

dont la sphère est [- 6,00 et 0 s] et dont le cylindre est > à + 4,00

dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25

dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 6,00

2 verres multifocaux ou progressifs sphériques

dont la sphère est [-8,00 et + 8,00]

dont la sphère est hors zone de [- 4,00 à + 4,00]

2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques

dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est ≤ à +4,00

dont la sphère est [- 8,00 et 0] et dont le cylindre est > à +4,00

dont la sphère est < à - 8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25

dont la sphère est positive et dont la somme S* est ≤ à 8,00

dont la sphère est positive et dont la somme S* est > à 8,00

ou

1 Verre de la catégorie 3

Et

1 autre Verre de la catégorie 3

* Somme S = (sphère + cylindre)