

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 4 Confort 300 |
|---|---|
| <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 | 300% |
| Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO | 200% |
| Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO | 300% |
| Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO | 200% |
| Actes de spécialité - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO | 300% |
| Actes de spécialité - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO | 200% |
| Échographie, radiologie - Praticien adhérent OPTAM / OPTAM CO | 300% |
| Échographie, radiologie - Praticien Non adhérent OPTAM / OPTAM CO | 200% |
| Psychologues conventionnés remboursés par l'AMO (dans la limite de 8 séances par année d'adhésion et par assuré) | 100% |
| Auxiliaires médicaux | 300% |
| Analyses (Biologie) | 300% |
| Matériel Médical: prothèses, petit et gros appareillage (hors prothèse auditive et accessoire optique) | 250% |
| 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 | 300% |
| Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Non adhérent OPTAM / OPTAM CO | 200% |
| 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) | 3,0% |
| Forfait maternité / adoption (4) en % PMSS (7) | 12% |
| DENTAIRE (1) | |
| Soins dentaires (hors 100% Santé) | 350% |
| Soins et Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" | |
| Prothèses dentaires classe 2 (tarifs maîtrisés) ou 3 (tarifs libres) (6) | 300% |
| Bonus Fidélité après 24 mois d'adhésion : Prothèses dentaires classe 2 (tarifs maîtrisés) ou 3 (tarifs libres) (6) | +50% |
| Plafond par année d'adhésion/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (hors prothèses 100% Santé) | 1 500 € |
| Inlay / Onlay remboursés par l'AMO | 300% |
| Bonus Fidélité après 24 mois d'adhésion : Inlay / Onlay remboursés par l'AMO | +50% |
| Orthodontie remboursée par l'AMO | 350% |
| Orthodontie non remboursée par l'AMO - bilan et contention (forfait par année d'adhésion/bénéficiaire) | 500 € |
| 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) | 250 € |
| 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) | +25€ |
| 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" | |
| Équipement Classe B | |
| Forfait Monture | 100 € |
| Forfait par Verre simple | 125 € |
| Forfait par Verre complexe | 150 € |
| Forfait par Verre très complexe | 175 € |
| Bonus fidélité après 24 mois d'adhésion - Equipement Classe B | +25€ |
| Équipement Mixte (Clombinaison 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 | 250 € |
| Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil - par année d'adhésion | 300 € |
| TRANSPORT | |
| Transport | 100% |
| AIDES AUDITIVES (1) | |
| Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans | |
| Prothèses auditives classe 2 (le forfait se renouvelle tous les 4 ans) (6) | Frais réels |
| 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% + 400 € |
| 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% +10%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 | 250 € |
| MEDICINE 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 | 200 € |
| MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO | |
| Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire MEDICINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés répertoriés auprès de l'ANSM. MEDICINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe. PSYCHOLOGUE: Sur prescription médicale. | 250 € |
| 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 a été 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 cour 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, ils 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 > + 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)