

A.M.O	Mutuelle	A.M.O + mutuelle
-------	----------	---------------------

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2020.

Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2020 : 3428€

Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

MÉDECINE			
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	330%	400%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	330%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	330%	400%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	330%	400%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux	60%	240%	300%
Analyses (Biologie)	60%	240%	300%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE <sup>(1)</sup>			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM + 400%	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	80%	320%	400%
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 <sup>(8)</sup>	-	2%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros <sup>(8)</sup>	-	68 €	68 €
Chambre particulière <sup>(2)</sup> Par jour en % du PMSS <sup>(8)</sup>	-	5%	5%
Chambre particulière <sup>(2)</sup> Par jour, soit en Euros <sup>(8)</sup>	-	171 €	171 €
Forfait journalier sans limitation de durée <sup>(3)</sup>	-	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption <sup>(4)</sup> en % PMSS <sup>(8)</sup>	-	20%	20%
Prestation maternité / adoption <sup>(4)</sup> soit en Euros <sup>(8)</sup>	-	686 €	686 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	70%	330%	400%
<b>Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020</b>			Zéro reste à charge
<b>Prothèses dentaires classe 2 ou 3 <sup>(7)</sup></b>	70%	330%	400%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	70%	330%	400%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	300%	400%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	1500 €	1500 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	-	540 €	540 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées <sup>(5)</sup>	-	2500 €	2500 €
OPTIQUE			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Lentilles non remboursées par l'AMO	60%	-	60%
<b>Equipelement de classe A "100% Santé" à compter du 1er janvier 2020</b>			Zéro reste à charge
<b>Forfaits en complément de l'AMO :Un EQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans <sup>(6)</sup> Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) selon la réglementation des contrats responsables</b>			
Forfait Monture	-	100 €	100 €
Forfait par Verre simple	-	160 €	160 €
Forfait par Verre complexe	-	250 €	250 €
Forfait par Verre très complexe	-	300 €	300 €
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>			
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	-	450 €	450 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	-	450 €	450 €
TRANSPORT			
Transport	65%	235%	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	340%	400%
<b>Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021</b>			Zéro reste à charge
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 <sup>(7)</sup>	60%	340%	400%
Autres prothèses et appareillages	60%-65%-100%	TM + 400%	400%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé		450 €	450 €
PHARMACIE (Toutes vignettes)			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65%-30%-15%	TM	100%

	A.M.O	Mutuelle	A.M.O + mutuelle
--	-------	----------	---------------------

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2020.

Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2020 : 3428€

Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Hébergement	70%	30%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS <sup>(8)</sup>	-	12%	12%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit en Euros <sup>(8)</sup>	-	411 €	411 €
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...	-	450 €	450 €
MÉDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ			
Offre de services e-Santé : - Téléconsultation médicale KOVERS MyDoc - Prédiagnostic Santé : KOVERS CheckUp	-	Inclus	Inclus
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	-	450 €	450 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO			
Forfait par an et par bénéficiaire pour : <b>MEDICINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO</b> : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. <b>MEDICINE DOUCE</b> : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	-	300 €	300 €
SERVICES ET ASSISTANCE			
Garantie Assistance	-	Inclus	Inclus
Information juridique Santé	-	Inclus	Inclus
Espace assuré	-	Inclus	Inclus

**Kovers intervient systématiquement en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire à concurrence de 100% pour les Formules Access et Formule 1, 150% pour la Formule 2, 200% pour la Formule 3, 300% pour la Formule 4 et 400% pour la Formule 5.**

(1) Les garanties sont acquises pour les établissements de court ou moyen séjour, conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la prise d'effet du contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires (100% du ticket modérateur pendant une durée de 6 mois) ; sauf pour les assurés bénéficiant d'une garantie de prise en charge des dépassements d'honoraires en établissement hospitalier, dans leur précédent contrat résilié la veille de la souscription d'un contrat KOVERS. Dans ce cas, il est apporté une dérogation à l'application du délai de carence sur cette garantie. (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 30 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. Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la date d'effet du contrat pour la prise en charge de la chambre particulière ; sauf pour les assurés bénéficiant d'une garantie de prise en charge de la chambre particulière en établissement hospitalier, dans leur précédent contrat résilié la veille de la souscription d'un contrat KOVERS. Dans ce cas, il est apporté une dérogation à l'application du délai de carence sur cette garantie. (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) Versé lors de l'inscription de l'enfant, au plus tard 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 : Dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires de plus de 18 ans en 2019 et de plus de 16 ans à compter du 1er janvier 2020 sauf si changement du défaut visuel et dans la limite d'un équipement par an pour les bénéficiaires de moins de 18 ans en 2019 et de moins de 16 ans à compter du 1er janvier 2020. La limite est décomptée par rapport à la date d'acquisition de l'équipement. (7) Dans la limite des prix limites de vente (PLV) pour la classe 2 / les prothèses auditives seront prises en charge sur la base des prothèses de classe 2 jusqu'au 31 Décembre 2020. (8) Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

#### Lexique

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire | **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | **TM** : Ticket modérateur | **DELAÏ 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).

#### Mentions

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.