

	Plateforme Kovers e-Santé	Formule Access	Formule 1 Initiale	Formule 2 Confort 150	Formule 3 Confort 200
	Service d'accès à la santé	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle
MÉDECINE					
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	150%	200%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	125%	150%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	150%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	125%	150%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	150%	200%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	125%	150%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	150%	200%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO		100%	100%	125%	150%
Auxiliaires médicaux		100%	100%	150%	200%
Analyses (Biologie)		100%	100%	150%	200%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE ⁽¹⁾					
Frais de séjour		100%	100%	150%	300%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO		150%	150%	150%	200%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO		125%	125%	125%	150%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS ⁽⁸⁾		0.50%	0.50%	1%	1%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros ⁽⁸⁾		17 €	17 €	34 €	34 €
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour en % du PMSS ⁽⁸⁾		1%	1%	2%	3%
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour, soit en Euros ⁽⁸⁾		34 €	34 €	69 €	103 €
Forfait journalier sans limitation de durée ⁽³⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption ⁽⁶⁾ en % PMSS ⁽⁸⁾		0%	5%	7%	9%
Prestation maternité / adoption ⁽⁶⁾ soit en Euros ⁽⁸⁾		0 €	171 €	240 €	309 €
DENTAIRE					
Soins dentaires		100%	100%	200%	300%
Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" à compter du 1 ^{er} janvier 2020		Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 ⁽⁷⁾		125%	125%	200%	300%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO		125%	125%	200%	300%
Orthodontie remboursée par l'AMO		100%	100%	200%	300%
Orthodontie non remboursée par l'AMO		0 €	380 €	580 €	950 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)		0 €	135 €	160 €	320 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées ⁽⁵⁾		500 €	800 €	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE					
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)		60%	60%	60%	60%
Lentilles non remboursées par l'AMO		60%	60%	60%	60%
Equipement de classe A "100% Santé" à compter du 1 ^{er} janvier 2020		Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge
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) selon la réglementation des contrats responsables					
Forfait Monture		50 €	50 €	85 €	100 €
Forfait par Verre simple		50 €	50 €	100 €	150 €
Forfait par Verre complexe		75 €	75 €	125 €	175 €
Forfait par Verre très complexe		100 €	100 €	150 €	230 €
Pour ADULTES et ENFANTS Lentilles non remboursées par l'AMO					
Lentilles remboursées par l'AMO - Crédit annuel		100 €	100 €	150 €	250 €
TRANSPORT					
Transport		100%	100%	100%	100%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)		100%	100%	200%	300%
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2021		Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2021 ⁽⁷⁾		100%	100%	200%	300%
Autres prothèses et appareillages		100%	100%	200%	300%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé		300 €	300 €	300 €	450 €
PHARMACIE (Toutes vignettes)					
Pharmacie remboursée par l'AMO		100%	100%	100%	100%
CURES THERMALES					
Forfait cure		65%	100%	100%	100%
Surveillance médicale		70%	100%	100%	100%
Hébergement		70%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS ⁽⁸⁾		0%	3%	5%	8%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit en Euros ⁽⁸⁾		0 €	103 €	171 €	240 €
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%	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...		100 €	100 €	150 €	250 €
MÉDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ					
Offre de services e-Santé : - Téléconsultation médicale KOVERS MyDoc - Prédiagnostic Santé : KOVERS CheckUp	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	250 €	100 €	100 €	150 €	250 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSEES PAR L'AMO					
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO :Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MÉDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.		100 €	100 €	150 €	200 €
SERVICES ET ASSISTANCE					
Garantie Assistance		Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Information juridique Santé		Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Espace assuré		Inclus	Inclus	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 bénéficiaires 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 limitée 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 bénéficiaires 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 1^{er} 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 1^{er} 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 | DELAI 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.

	Formule 3 Confort 200	Formule 3 SurCo NR	Total Formule 3 NR	Formule 4 Confort 300	Formule 4 SurCo NR	Total Formule 4 NR	Formule 5 Premium	Formule 5 SurCo NR	Total Formule 5 NR
	Service d'accès à la santé	Surco NR	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	Surco NR	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	Surco NR	A.M.O. + Mutuelle
MÉDECINE									
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%	-	200%	300%	-	300%	400%	-	400%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	50%	200%	200%	100%	300%	200%	200%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%	-	200%	300%	-	300%	400%	-	400%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	50%	200%	200%	100%	300%	200%	200%	400%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%	-	200%	300%	-	300%	400%	-	400%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	50%	200%	200%	100%	300%	200%	200%	400%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%	-	200%	300%	-	300%	400%	-	400%
Actes d'imagerie médicale - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	50%	200%	200%	100%	300%	200%	200%	400%
Auxiliaires médicaux	200%	-	200%	300%	-	300%	300%	100%	400%
Analyses (Biologie)	200%	-	200%	300%	-	300%	300%	100%	400%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE ⁽¹⁾									
Frais de séjour	300%	-	300%	400%	-	400%	500%	-	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%	-	200%	300%	-	300%	400%	-	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	50%	200%	200%	100%	300%	200%	200%	400%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS ⁽⁸⁾	1%	-	1%	1%	-	1%	2%	-	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros ⁽⁸⁾	34 €	-	34 €	34 €	-	34 €	68 €	-	68 €
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour en % du PMSS ⁽⁸⁾	3%	-	3%	4%	-	4%	5%	-	5%
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour, soit en Euros ⁽⁸⁾	103 €	-	103 €	137 €	-	137 €	171 €	-	171 €
Forfait journalier sans limitation de durée ⁽³⁾	Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
Prestation maternité / adoption ⁽⁴⁾ en % PMSS ⁽⁸⁾	9%	-	9%	15%	-	15%	20%	-	20%
Prestation maternité / adoption ⁽⁴⁾ soit en Euros ⁽⁸⁾	309 €	-	309 €	514 €	-	514 €	686 €	-	686 €
DENTAIRE									
Soins dentaires	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" à compter du 1^{er} janvier 2020	Zéro reste à charge	-	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	-	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	-	Zéro reste à charge
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 ⁽⁷⁾	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Orthodontie remboursée par l'AMO	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	950 €	-	950 €	1 200 €	-	1 200 €	1 500 €	-	1 500 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	320 €	-	320 €	430 €	-	430 €	540 €	-	540 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées ⁽⁵⁾	1 000 €	-	1 000 €	1 500 €	-	1 500 €	2 500 €	-	2 500 €
OPTIQUE									
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%	60%	-	60%	60%	-	60%
Lentilles non remboursées par l'AMO	60%	-	60%	60%	-	60%	60%	-	60%
Equipement de classe A "100% Santé" à compter du 1 ^{er} janvier 2020	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge
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) selon la réglementation des contrats responsables									
Forfait Monture	100 €	25 €	125 €	100 €	50 €	150 €	100 €	50 €	150 €
Forfait par Verre simple	150 €	-	150 €	160 €	-	160 €	160 €	-	160 €
Forfait par Verre complexe	175 €	-	175 €	200 €	-	200 €	250 €	-	250 €
Forfait par Verre très complexe	230 €	-	230 €	275 €	-	275 €	300 €	-	300 €
Pour ADULTES et ENFANTS									
Lentilles non remboursées par l'AMO									0 €
Lentilles remboursées par l'AMO - Crédit annuel	250 €	25 €	275 €	300 €	50 €	350 €	450 €	50 €	500 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	250 €	-	250 €	300 €	-	300 €	450 €	-	450 €
TRANSPORT									
Transport	100%	-	100%	300%	-	300%	300%	-	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)									
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2021	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge	Zéro reste à charge
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2021 ⁽⁷⁾	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Autres prothèses et appareillages	300%	-	300%	350%	-	350%	400%	-	400%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	450 €	-	450 €	450 €	-	450 €	450 €	-	450 €
PHARMACIE (Toutes vignettes)									
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-	100%
CURES THERMALES									
Forfait cure	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-	100%
Surveillance médicale	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-	100%
Hébergement	100%	-	100%	100%	-	100%	100%	-	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS ⁽⁸⁾	8%	-	8%	9%	-	9%	12%	-	12%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit en Euros ⁽⁸⁾	240 €	-	240 €	309 €	-	309 €	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%	100%	-	100%	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...	250 €	50 €	300 €	350 €	-	350 €	450 €	-	450 €
MÉDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ									
Offre de services e-Santé : - Téléconsultation médicale KOVERS MyDoc - Prédiagnostic Santé : KOVERS CheckUp	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	250 €	-	250 €	350 €	-	350 €	450 €	-	450 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSEES 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 labagique, Nutritionniste, Diététicien, Etioopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	200 €	-	200 €	300 €	-	300 €	300 €	-	300 €
SERVICES ET ASSISTANCE									
Garantie Assistance	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus
Information juridique Santé	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus
Espace assuré	Inclus	-	Inclus	Inclus	-	Inclus	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 limitée 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 1^{er} 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 1^{er} 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 | DELAI 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.