

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2023. Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2023 : 3666€. Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

A.M.O. + Mutuelle

MEDECINE	
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	300%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	300%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	200%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	300%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%
Échographie, radiologie - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	300%
Échographie, radiologie - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	200%
Auxiliaires médicaux	300%
Analyses (Biologie)	300%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)	
Frais de séjour	400%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Signataire OPTAM-OPTAM CO	300%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Non signataire OPTAM / OPTAM CO	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) <i>Par jour en % PMSS (8)</i>	1%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) <i>Par jour, soit en Euros (8)</i>	36 €
Chambre particulière (2) <i>Par jour en % du PMSS (8)</i>	4%
Chambre particulière (2) <i>Par jour, soit en Euros (8)</i>	146 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS (8)	15%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros (8)	549 €
DENTAIRE	
Soins dentaires	350%
Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé"	Zéro reste à charge
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 (7)	350%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	350%
Orthodontie remboursée par l'AMO	350%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	1 200 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	430 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (5)	1 500 €
OPTIQUE	
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%
Équipement de classe A "100% Santé"	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) tous les 1 ans ou 6 mois selon l'âge.	
Forfait Monture	100 €
Forfait par Verre simple	160 €
Forfait par Verre complexe	200 €
Forfait par Verre très complexe	275 €
Pour ADULTES et ENFANTS	
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - <i>Crédit annuel</i>	300 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - <i>Par œil</i>	300 €
TRANSPORT	
Transport	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)	
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	350%
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans	Zéro reste à charge
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans (7)	350%
Autres prothèses et appareillages	350%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	450 €

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2023. Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2023 : 3666€. Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

	A.M.O. + Mutuelle
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Forfait cure	100%
Surveillance médicale	100%
Hébergement	100%
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) en % du PMSS (8)	12%
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) soit en Euros (8)	439 €
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%
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 €
MÉDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ	
Offre de services eSanté : Téléconsultation médicale (Kovers MyDoc) et Prédiagnostic Santé (Kovers CheckUp)	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	350 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES 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.	300 €
MÉDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	
SERVICES ET ASSISTANCE	
Garantie Assistance	Oui
Information juridique Santé	Oui
Espace assuré	Oui

Kovers intervient systématiquement en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire à concurrence de 100% pour la Formule 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).
- (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. 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;
- (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 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.
- (7) Dans la limite des prix limites de vente (PLV) pour la classe 2
- (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.