

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.

	Formule Access	Formule 1 Initiale	Formule 2 Confort 150	Formule 3 Confort 200	Formule 4 Confort 300	Formule 5 Premium
	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle
<b>MEDECINE</b>						
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	125%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	125%	150%	200%	200%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	125%	150%	200%	200%
Échographie, radiologie - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Échographie, radiologie - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	150%	200%	300%	300%
Analyses (Biologie)	100%	100%	150%	200%	300%	300%
<b>HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)</b>						
Frais de séjour	100%	100%	150%	300%	400%	500%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Signataire OPTAM-OPTAM CO	125%	150%	150%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie, médecine, maternité (sauf esthétique) / Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	125%	150%	200%	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS (8)	0.50%	0.50%	1%	1%	1%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros (8)	18 €	18 €	36 €	36 €	36 €	73 €
Chambre particulière (2) Par jour en % du PMSS (8)	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Chambre particulière (2) Par jour, soit en Euros (8)	0 €	36 €	73 €	109 €	146 €	183 €
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)	0%	5%	7%	9%	15%	20%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros (8)	0 €	183 €	256 €	329 €	549 €	733 €
<b>DENTAIRE</b>						
Soins dentaires	100%	100%	200%	300%	350%	400%
<b>Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé"</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 (7)	125%	125%	200%	300%	350%	400%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	125%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	100%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	0%	380 €	580 €	950 €	1 200 €	1 500 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	0 €	135 €	160 €	320 €	430 €	540 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (5)	Aucun	Aucun	1 000 €	1 000 €	1 500 €	2 500 €
<b>OPTIQUE</b>						
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%	60%
<b>Équipement de classe A "100% Santé"</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>
<b>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.</b>						
Forfait Monture	50 €	50 €	85 €	100 €	100 €	100 €
Forfait par Verre simple	50 €	50 €	100 €	150 €	160 €	160 €
Forfait par Verre complexe	75 €	75 €	125 €	175 €	200 €	250 €
Forfait par Verre très complexe	100 €	100 €	150 €	230 €	275 €	300 €
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>						
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	75 €	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	75 €	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
<b>TRANSPORT</b>						
Transport	100%	100%	100%	100%	300%	300%
<b>APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)</b>						
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	100%	200%	300%	350%	400%
<b>Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>	<b>Zéro reste à charge</b>
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans (7)	100%	100%	200%	300%	350%	400%
Autres prothèses et appareillages	100%	100%	200%	300%	350%	400%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	300 €	300 €	300 €	450 €	450 €	450 €
<b>PHARMACIE</b>						
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>						
Forfait cure	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Hébergement	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) en % du PMSS (8)	0%	5%	7%	9%	12%	15%
Participation à l'hébergement et au transport (dans la limite des frais réels) soit en Euros (8)	0 €	183 €	256 €	329 €	439 €	549 €

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.

	Formule Access	Formule 1 Initiale	Formule 2 Confort 150	Formule 3 Confort 200	Formule 4 Confort 300	Formule 5 Premium
	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle
<b>PREVENTION</b>						
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...	75 €	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €
<b>MÉDECINE A DISTANCE ET E-SANTÉ</b>						
Offre de services eSanté : Téléconsultation médicale (Kovers MyDoc) et Prédiagnostic Santé (Kovers CheckUp)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs médicaux de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	100 €	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €
<b>MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO</b>						
Forfait par an et par bénéficiaire pour : <b>MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO :</b> Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits.	75 €	100 €	150 €	200 €	300 €	300 €
<b>MÉDECINE DOUCE :</b> Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.						
<b>SERVICES ET ASSISTANCE</b>						
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Information juridique Santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Espace assuré	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	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.