



Santé Cœur de Puisaye

Formules mutuelle complémentaire santé

Tarifs mensuels par personne ⁽¹⁾ Année 2020

Plafond de Sécurité Sociale 2020(2) : 3.445 €

	INITIAL		CONFORT 150		CONFORT 200		CONFORT 300		PREMIUM	
	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)	Tarif €(2)	Tarif %(2)
Cotisation actifs (3)	33,07 €	0,96%	48,92 €	1,42%	80,27 €	2,33%	118,16 €	3,43%	161,23 €	4,68%
Cotisation enfants à charge (4) gratuité à partir du 3ème enfant	17,91 €	0,52%	29,63 €	0,86%	46,85 €	1,36%	66,49 €	1,93%	88,88 €	2,58%
Cotisation étudiants (5)	28,59 €	0,83%	43,06 €	1,25%	70,28 €	2,04%	104,38 €	3,03%	141,59 €	4,11%
Cotisation retraités (6)	48,92 €	1,42%	73,72 €	2,14%	120,58 €	3,50%	177,76 €	5,16%	241,84 €	7,02%
Adhésion à l'association par contrat	0,50 €		0,50 €		0,50 €		0,50 €		0,50 €	

(1) La tarification inclut 1% de reversement à l'Action sociale de l'Association souscriptrice (Association des professionnels de santé du territoire). (2) Pour que votre pouvoir d'achat suive l'évolution des frais de santé, les cotisations en Euros sont calculées par mois et par personne, en % du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. (3) Actifs : personnes qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires. (4) Enfants à charge : enfants de moins de 26 ans, poursuivant leurs études ou à charge fiscalement du souscripteur. Gratuit à partir du 3e enfant inclus. (5) Étudiant : jusqu'à 28 ans, y compris en alternance, en apprentissage et doctorant. (6) Retraités : personnes qui ont liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires et qui ne bénéficient pas des dispositions du cumul emploi-retraite.

Contrat responsable et éthique,
souscrit par l'Association d'assurés Santé Cœur de Puisaye

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2020.
Plafond Mensuel de Sécurité Sociale 2019 : 3377€

	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
MEDECINE					
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Échographie, radiologie - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Échographie, radiologie - Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%	300%
Analyses (Biologie)	100%	150%	200%	300%	300%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)					
Frais de séjour	100%	150%	300%	400%	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	150%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	125%	125%	150%	200%	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS (9)	0.50%	1%	1%	1%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros (9)	17 €	34 €	34 €	34 €	68 €
Chambre particulière (2) Par jour en % du PMSS (9)	1%	2%	3%	4%	5%
Chambre particulière (2) Par jour, soit en Euros (9)	34 €	68 €	101 €	135 €	169 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS (9)	5%	7%	9%	15%	20%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros (9)	169 €	236 €	304 €	507 €	675 €
DENTAIRE					
Soins dentaires	100%	200%	300%	350%	400%
Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" à compter du 1er janvier 2020	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 (8)	125%	200%	300%	350%	400%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	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)	135 €	160 €	320 €	430 €	540 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (5)	800 €	1 000 €	1 000 €	1 500 €	2 500 €
OPTIQUE					
Monture, Verres, Lentilles remboursés par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%
Équipement de classe A "100% Santé" à compter du 1er janvier 2020	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	50 €	85 €	100 €	100 €	100 €
Forfait par Verre unifocal simple et moyenne correction	50 €	100 €	150 €	160 €	160 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	75 €	125 €	175 €	200 €	250 €
Forfait par Verre multifocal faible correction	75 €	125 €	200 €	250 €	275 €
Forfait par Verre multifocal forte correction	100 €	150 €	230 €	275 €	300 €
Pour ADULTES et ENFANTS					
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
TRANSPORT					
Transport	100%	100%	100%	300%	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	200%	300%	350%	400%
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021	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 1er janvier 2021 (8)	100%	200%	300%	350%	400%
Autres prothèses et appareillages	100%	200%	300%	350%	400%
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%
CURES THERMALES					
Forfait cure	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	100%	100%	100%	100%	100%
Hébergement,	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS (9)	5%	7%	9%	12%	15%
Forfaits complémentaires (dans la limite des frais réels) soit en Euros (9)	169 €	236 €	304 €	405 €	507 €
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%
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 €	150 €	250 €	350 €	450 €
DÉCÈS (7)					
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, en % PMSS (9)	100%	100%	100%	100%	100%
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, soit en Euros (9)	3 377 €	3 377 €	3 377 €	3 377 €	3 377 €
E-SANTÉ					
Application KOVERS e-Santé powered by BewelleConnect de Visiomed Group					
- prédiagnostic avec CheckUp	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
- téléconsultation avec MyDoc	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
- accès au store deSanté connectée BewelleConnect avec la réduction tarifaire Adhérent SCDP	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 €	150 €	250 €	350 €	450 €
Médecine à distance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
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.	100 €	150 €	200 €	300 €	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	Oui	Oui	Oui	Oui
Avantage réseau de soins	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche
Protection juridique santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Espace assuré	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Les garanties sont acquises pour les établissements conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(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 90 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.

(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) Si inscription de l'enfant 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 - Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans (années civiles) sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 année civile).

(7) Prestation garantie par l'organisme CNP Assurances SIREN 341 737 062

(8) Dans la limite des prix limites de vente (PLV)

(9) 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
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.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Générale de la Distribution soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le numéro 429 211 469

Produit : Kovers



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement jusqu'à 18 ans, prestation maternité
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, radiologie et analyses médicales, médicaments (remboursés à 15%,30% et 65% de la Sécurité Sociale)
- ✓ **Soins Dentaires** : soins, prothèses, orthodontie, y compris dentaire non remboursé par la Sécurité Sociale
- ✓ **Optique**: équipement complet (monture et deux verres), lentilles (remboursées ou non), opération des yeux
- ✓ **Appareillages et Prothèses**
- ✓ **Cure Thermale** : forfait cure, surveillance médicale, hébergement, hydrothérapie
- ✓ **Actes de prévention Loi du 13 Aout 2004** : tous les actes sont remboursés
- ✓ **Prestations complémentaires** : santé connectée (forfait par an et par bénéficiaire), médecine prescrite non remboursée par la Sécurité Sociale,
- ✓ **Médecine Douce** : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropracticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, réflexologue, Naturopathe (liste non exhaustive)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.

Réseau E-Opticiens : reste à charge zéro avec le partenaire sensee.com. Réseau de soins : carte blanche

Service de téléconsultations KOVERS e-sante 24h/24,7j/7

Protection Juridique

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Prestations en cas d'hospitalisation : Garde d'enfants, Garde ou transfert de personnes dépendantes, Aide à domicile
- ✓ Prestations en cas d'accident ou maladie : Ecole à domicile, Garde d'enfant malades ou blessés

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Limitation monture 150€ par équipement
- ! **Plafond Dentaire**: plafond pour les prothèses dentaires remboursés de 2 500 € maximum (selon l'option choisie)
- ! **Forfait Chambre particulière** : limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (psychiatrie, repos convalescence et rééducation)
- ! **Chirurgie réfractive de l'oeil** : prise en charge à hauteur de 450€ maximum.(en fonction de l'option choisie)
- ! **Participation aux frais d'obsèques** : prise en charge jusqu'à 69 ans inclus d'un montant de 3377€.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, pour des séjours n'excédant pas 90 jours le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 3 mois de survenance :
 - En cas de modification de situation (mariage, naissance, adoption, décès), vous devez fournir à l'assureur les justificatifs attestant de ce changement.
 - Changement de profession (perte d'emploi, départ à la retraite) : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles et payables selon les modalités prévues au contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

L'adhésion au contrat débute :

- A la date de prise d'effet du contrat
- A compter de votre date d'entrée dans l'entreprise

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par l'une des parties selon les modalités fixées aux conditions générales.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.