

En moyenne, nos assurés économisent 60% sur leurs dépenses de santé (-20% de dépense de cotisation et +50% d'augmentation de remboursements), par rapport aux autres contrats du marché

Source : Étude de 500 comparatifs d'offres du marché

60%
d'économie

+50% sur vos
remboursements

-20% de
cotisation

Pour en savoir plus



Contactez-nous au
03 86 45 60 50
du lundi au vendredi de 9h à 18h.



Ou par mail à
gestion@santecoeurdepuisaye.fr



Retrouvez plus d'informations sur
www.santecoeurdepuisaye.fr
L'adhésion en ligne est totalement
sécurisée.



Santé Cœur de Puisaye
Immeuble BuroVert
ZA Les Hâtes du Vernoy
89130 TOUCY



Santé Cœur de Puisaye

Une mutuelle éthique
et performante pour tous

Parrainez*
vos proches
et recevez
des



Label Assurance
Santé Éthique

Audité par
BUREAU VERITAS
Certification

52046 Paris-la Défense Cedex



*À chaque souscripteur parrainé par l'un de nos adhérents, la personne prescriptrice recevra un bon cadeau de 30€, valable chez des commerçants locaux (dans la limite de 5 chèques par an et par assuré). Pour en bénéficier : parrainage@kovers.fr

L'Association SCDP a sélectionné une offre de mutuelle centrée sur l'intérêt de l'assuré. Elle consacre 90% des cotisations aux remboursements des soins, alors que la moyenne du marché individuel est de 66%*. Ceci grâce à un circuit court de distribution, sans intermédiaire, et une gestion efficace.

*Source UFC Que Choisir 2018

Santé Cœur de Puisaye s'adresse à toutes les personnes, associations et entreprises du territoire.



Des services inclus dans toutes les offres, pour vous simplifier la vie.

- ✓ **Prise en charge** des démarches de résiliation de votre mutuelle actuelle
- ✓ **Service client** basé en Bourgogne, sans numéro surtaxé
- ✓ **Carte de Tiers payant**
- ✓ **Réseau de partenaires** à tarifs négociés Carte Blanche
- ✓ **Téléconsultation** médicale et d'urgence, en illimité 24/7, sans numéro surtaxé
- ✓ **Prise en charge** de tous les actes de prévention
- ✓ **Forfaits** de médecines douces et alternatives
- ✓ **Services d'assistance**



Choisissez parmi nos 5 offres

		INITIALE	CONFORT 150	CONFORT 200	CONFORT 300	PREMIUM
Hospitalisation		150%	150%	200%	300%	400%
Médecine		100%	150%	200%	300%	400%
Dentaire		100%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie		100%	200%	300%	350%	400%
Prothèses dentaires	Classe 1	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge
	Classe 2	125%	200%	300%	350%	400%
Optique	Classe 1	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge	zéro reste à charge
	Hors classe	250€	385€	560€	650€	700€
Appareillage		100%	200%	300%	350%	400%
Médecines douces		100€/an	150€/an	200€/an	300€/an	300€/an
Tarif Actif		34.48€/mois	50.94€/mois	82.86€/mois	128.95€/mois	175,53€/mois
Tarif Retraité		51.62€/mois	76.66€/mois	124.73€/mois	193.24€/mois	263,24€/mois
Tarif Étudiant		30.54€/mois	45.00€/mois	72.99€/mois	113.15€/mois	154,80€/mois
Tarif Enfant⁽¹⁾		18.77€/mois	30.61€/mois	48.06€/mois	72.42€/mois	96,77€/mois

⁽¹⁾ gratuité à partir du 3^{ème} enfant

**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 2020 : 3428€

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

	INITIALE	CONFORT 150	CONFORT 200	CONFORT 300	PREMIUM
Sécurité sociale + Mutuelle	Sécurité sociale + Mutuelle	Sécurité sociale + Mutuelle	Sécurité sociale + Mutuelle	Sécurité sociale + Mutuelle	Sécurité sociale + 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 (8)	0.50%	1%	1%	1%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en euros (8)	17 €	34 €	34 €	34 €	69 €
Chambre particulière (2) Par jour en % du PMSS (8)	1%	2%	3%	4%	5%
Chambre particulière (2) Par jour, soit en euros (8)	34 €	69 €	103 €	137 €	171 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS (8)	5%	7%	9%	15%	20%
Prestation maternité / adoption (4) soit en euros (8)	171 €	240 €	309 €	514 €	686 €
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 (7)	125%	200%	300%	350%	400%
Inlay / Onlay remboursés par la Sécurité Sociale	125%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	200%	300%	350%	400%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	380 €	580 €	950 €	1 200 €	1 500 €
Dentaire non remboursé par Sécurité Sociale (Prothèses et implants non remb par la Sécurité Sociale, 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 remboursées par la Sécurité Sociale	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 la sécurité sociale :					
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 la sécurité sociale - 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 (7)	100%	200%	300%	350%	400%
Autres prothèses et petits appareils	100%	200%	300%	350%	400%
Forfait par an et par bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit médicalisé	300€	300€	450€	450€	450€
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	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 (8)	3%	5%	8%	9%	12%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit en euros (8)	103 €	171 €	240 €	309 €	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%
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 €
E-SANTÉ					
Application Kovers e-Santé développée par QAPE avec ses partenaires : - Prédiagnostic avec Checkup, avec l'application MedVir - Téléconsultation avec MyDoc réalisée par le plateau médical de Télédoc	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 LA SECURITE SOCIALE					
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR LA SECURITE SOCIALE : 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 €	150 €	200 €	300 €	300 €
SERVICES ET ASSISTANCE					
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Information 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. 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). Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la prise d'effet du contrat pour la prise en charge de la chambre particulière.
- (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 à compter de la prise d'effet du contrat est prévu 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) 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 la sécurité sociale. Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (Sécurité sociale + 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. Prestation garantie par l'organisme CNP Assurances SIREN 341 737 062
- (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

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).

DELAÏ DE CARENCE: Période initiale de non prise en charge des prestations concernées par cette disposition.

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.