

# 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 outre, 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement jusqu'à 18 ans.
  - ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, radiologie et analyses médicales, médicaments, prothèses et appareillages
  - ✓ **Soins Dentaires** : soins, prothèses, orthodontie, implantologie
  - ✓ **Optique** : équipement complet (monture et deux verres), lentilles remboursées ou non, opération des yeux.
- Pas de reste à charge pour les équipements de classe 1 (détails et devis obligatoire de l'opticien)
- ✓ **Aides Auditives** : prothèses auditives de classe 1 sans reste à charge à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2021, prothèses auditives de classe 2, piles accessoires et entretien
  - ✓ **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, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, réflexologue, Naturopathe (liste non exhaustive)

### Cures thermales

- ✓ **Forfait prévention** : suivi médical, bilan complet par un médecin spécialisé, bilan psychologique, électrocardiogramme de repos (liste non exhaustive)

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Le tiers payant, Réseau E-Opticiens, Service de téléconsultations Kovers e-Sante

### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Prestations en cas d'hospitalisation : Garde d'enfants, Garde ou transfert de personnes dépendantes,
- ✓ Prestations en cas d'accident ou maladie : École 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), hors surcomplémentaires.

### 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 jusqu'à 100 € par équipement, hors surcomplémentaires
- ! Plafond Dentaire: plafond pour les prothèses dentaires remboursés de 2 500 € maximum (selon l'option choisie)
- ! Forfait Chambre particulière : limité à 30 jours pour les établissements médico-sociaux (psychiatrie, repos convalescence et rééducation) et au-delà d'une carence de 6 mois à compter de la prise d'effet
- ! Chirurgie réfractive de l'oeil : prise en charge à hauteur de 450€ maximum.(en fonction de l'option choisie)
- ! Dépassements d'honoraires : un délai de carence de 6 mois en cas d'hospitalisation (prise en charge 100% du ticket modérateur)



## 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

### À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur et / ou son délégataire de gestion
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur et ou son délégataire de gestion,
- 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 le délégataire de gestion 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 :

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

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.