



Santé Cœur de Puisaye

La complémentaire santé éthique et engagée

Pour un rapport
«garanties - prix»
des plus généreux

Dès la première formule, vous êtes couverts sur **toutes les dépenses de santé** avec, en plus, des garanties en **médecines douces et alternatives** et des **services de télémédecine** accessibles en illimité.

Spécialement conçue pour **les étudiants, les retraités, les actifs** (travailleurs non salariés, salariés agricoles, freelances, indépendants...) et **les personnes sans activité**.



La santé mieux remboursée,
au plus près de vos besoins

Avec ses **6 formules de garanties**, KOVERS permet à tous de se couvrir sur un maximum de dépenses de santé : hospitalisation, maternité, médecine, optique, dentaire, audio, pharmacie, cures thermales...

Large couverture de garanties + tarif très accessible, c'est le duo gagnant, signé KOVERS, pour faire des économies sur son budget santé.

De plus, 80% de vos cotisations sont reversées dans les remboursements des soins et services (contre 66% en moyenne sur le marché).

Conclusion : vous êtes mieux remboursés !



Zéro dépense en optique,
dentaire et audio

S'équiper de lunettes ou de prothèses dentaires sans rien débours, c'est possible avec KOVERS qui garantit le **reste à charge zéro** pour les prothèses dentaires, auditives et les équipements optiques (lunettes) classés 100% Santé.

Avec KOVERS, votre âge n'a aucune incidence sur les tarifs



À vos côtés pour la
médecine douce

Amateurs de médecines douces et alternatives, KOVERS prévoit aussi un forfait de prise en charge dès la première formule pour vos rendez-vous d'ostéopathie, acupuncture, homéopathie, podologie, ou encore diététique, ...

Et vous bénéficiez également d'un forfait de prévention santé.



Simple, Pratique et économique

Des grilles de garanties **claires** et **lisibles**, et des **tarifs transparents**.
Des réductions pour les couples et les familles.

Votre comparatif personnalisé

Nos conseillers vous aident à faire le bon choix, à la fois pour votre santé et votre portefeuille.

Contactez-les pour obtenir un comparatif personnalisé, entre votre mutuelle actuelle et KOVERS Santé Cœur de Puisaye.



Tous nos conseillers sont basés en France

Joignables du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Réponse garantie sous 24h en dehors de ces horaires.



03 86 45 60 50 (appel non surtaxé)



gestion@santecoeurdepuisaye.fr



www.santecoeurdepuisaye.fr

1ère complémentaire santé labellisée Assurance Santé Éthique en France

Label Assurance Santé Éthique

Audité par BUREAU VERITAS Certification

92040 Paris-la-Défense Cedex



Validée par les assurés

À l'origine, KOVERS a été conçue pour répondre aux besoins de l'Association Santé Cœur de Puisaye, un regroupement d'assurés qui souhaitait, pour les habitants du territoire, une offre de mutuelle « pas chère et qui rembourse bien ».

Disponible aujourd'hui pour tous les Français, la complémentaire santé KOVERS est portée par cette association d'assurés, qui défend vos intérêts.

Un médecin dans votre poche !

Tous les assurés KOVERS ont accès, en illimité, à l'application mobile Kovers e-Santé. Plusieurs services Santé sont proposés dont :

- Check-Up : réalisez un **pré-diagnostic en moins de 5 minutes** et bénéficiez immédiatement d'une orientation médicale et de conseils de prévention, validés par des médecins.
- MyDOC : **consultez un infirmier ou un médecin, sans délai et depuis votre domicile**. Votre ordonnance peut être envoyée directement chez votre pharmacien.



6 valeurs, 6 engagements

Clarté — Simplicité — Responsabilité — Accessibilité — Efficience — Engagement



NOS TARIFS

Ni votre âge, ni votre lieu de résidence n'ont d'incidence sur les tarifs.

Les tarifs indiqués dans le tableau correspondent à des mensualités.

	FORMULE ECO ACCESS	FORMULE 1 INITIALE	FORMULE 2 CONFORT 150	FORMULE 3 CONFORT 200	FORMULE 4 CONFORT 300	FORMULE 5 PREMIUM
Honoraires médicaux en établissement hospitalier ⁽¹⁾	150%	150%	150%	200%	300%	400%
Médecine	100%	100%	150%	200%	300%	400%
Equipements 100% santé Optique, Dentaire, Audiologie	intégralement pris en charge					
Equipement optique Classe B ⁽²⁾	Jusqu'à 250€	Jusqu'à 250€	Jusqu'à 385€	Jusqu'à 560€	Jusqu'à 650€	Jusqu'à 700€
Prothèses dentaires Classe 2 ⁽³⁾	125%	125 %	200% jusqu'à 1000€/an puis 125%	300% jusqu'à 1000€/an puis 125%	350% jusqu'à 1500€/an puis 125%	400% jusqu'à 2500€/an puis 125%
Orthodontie non remboursée	Non pris en charge	380€	580€	950€	1200€	1500€
Piles appareils auditifs ⁽⁴⁾	15€/an	15€/an	30€/an	45€/an	52,50€/an	60€/an
Vaccins non remboursés et médecines douces ⁽⁵⁾	100 €	100 €	150 €	200 €	300 €	300 €
Médecine à distance et e-santé	inclus					
Actif	29,88 €	37,35 €	55,43 €	90,51 €	116,29 €	128,03 €
en duo (2 personnes)	(-7%) 55,80€	(-10%) 67,23€	(-10%) 99,77€	(-10%) 162,92€	(-10%) 209,32€	(-10%) 230,45€
en trio (3 personnes)	(-20%) 71,30€	(-23%) 85,91€	(-23%) 127,49€	(-23%) 208,17€	(-23%) 267,47€	(-23%) 294,47€
en Famille (4 personnes et+)	(-22%) 93€	(-25%) 112,05€	(-25%) 166,29€	(-25%) 271,53€	(-25%) 348,87€	(-25%) 384,09€
Jeune actif	(-30%) 20,92€	(-30%) 26,15€	(-30%) 38,80€	(-30%) 63,36€	(-30%) 81,40€	(-30%) 89,62€
Etudiant	15,87 €	18,68 €	27,72 €	45,26 €	58,15 €	64,02 €
Retraité de + de 2 ans	47,62 €	56,03 €	83,15 €	135,77 €	174,44 €	192,05 €
en 1ère année de retraite	(-33%) 31,75€	(-33%) 37,35€	(-33%) 55,43€	(-33%) 90,51€	(-33%) 116,29€	(-33%) 128,03€
en 2e année de retraite	(-16%) 39,68€	(-16%) 46,69€	(-16%) 69,29€	(-16%) 113,14€	(-16%) 145,36€	(-16%) 160,04€

⁽¹⁾ MCOO : Médecine Chirurgie Obstétrique Oncologie, OPTAM / OPTAM CO ⁽²⁾ Optique : montant maximal en fonction du niveau de correction ⁽³⁾ Dentaire : plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO ⁽⁴⁾ Piles appareils auditifs : remboursement maximal annuel ⁽⁵⁾ MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits

Ces montants de garanties correspondent à la prise en charge totale (Assurance maladie + KOVERS)

Liste de garanties non-exhaustive : les formules KOVERS vous couvrent sur un maximum de dépenses de santé, remboursées ou non par l'Assurance Maladie. Tarifs hors cotisation à l'Association Santé Cœur de Puisaye (ASCP), association d'assurés, de 0,50€/mois/contrat (soit 6 €/an par contrat)

	Formule Access	Formule 1 Initiale	Formule 2 Confort 150	Formule 3 Confort 200	Formule 4 Confort 300	Formule 5 Premium
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.	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle	A.M.O. + Mutuelle
MÉDECINE						
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%
HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE ⁽¹⁾						
Frais de séjour	100%	100%	150%	300%	400%	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	150%	150%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	125%	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⁾	17 €	17 €	34 €	34 €	34 €	68 €
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour en % du PMSS ⁽⁸⁾	1%	1%	2%	3%	4%	5%
Chambre particulière ⁽²⁾ Par jour, soit en Euros ⁽⁸⁾	34 €	34 €	69 €	103 €	137 €	171 €
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 €	171 €	240 €	309 €	514 €	686 €
DENTAIRE						
Soins dentaires	100%	100%	200%	300%	350%	400%
Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé" à compter du 1^{er} janvier 2020	Zéro reste à charge	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%	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 ⁽⁸⁾	500 €	800 €	1 000 €	1 000 €	1 500 €	2 500 €
OPTIQUE						
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%	60%
Équipement de classe A "100% Santé" à compter du 1 ^{er} janvier 2020	Zéro reste à charge	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 ⁽⁸⁾ Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) selon la réglementation des contrats responsables						
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 €
Pour ADULTES et ENFANTS						
Lentilles remboursées ou non par l'AMO - Crédit annuel	100 €	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) - Par œil	100 €	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
TRANSPORT						
Transport	100%	100%	100%	100%	300%	300%
APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)						
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	100%	200%	300%	350%	400%
Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" tous les 4 ans à compter du 1^{er} janvier 2021	Zéro reste à charge	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 1^{er} janvier 2021 ⁽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 €
PHARMACIE						
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CURES THERMALES						
Forfait cure	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Hébergement	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS ⁽⁸⁾	0%	3%	5%	8%	9%	12%
Forfaits complémentaires (dans la limite des frais réels) soit en Euros ⁽⁸⁾	0 €	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%	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 €	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €
MÉDECINE À DISTANCE ET E-SANTÉ						
Offre de services e-Santé : • téléconseil médical : Kovers MyDoc powered by Teledok • pré diagnostic Santé : Kovers CheckUp powered by Medvir • téléconsultation médicale powered by Teledok	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
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 €
MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSEES PAR L'AMO						
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	100 €	100 €	150 €	200 €	300 €	300 €
SERVICES ET ASSISTANCE						
Garantie Assistance	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Information juridique Santé	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Espace assuré	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Kovers intervient systématiquement en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire à concurrence de 100% pour les Formules Access et 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 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. 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 18 ans en 2019 et de plus de 16 ans à compter du 1^{er} janvier 2020 sauf si changement de 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 1^{er} janvier 2020. 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 / 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

AMO : Assurance Maladie Obligatoire | BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale | TM : Ticket modérateur | DELAI 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.