

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance (contrat en coassurance)

Produit : RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ CCN66

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales, la Notice d'information et le tableau des garanties.

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

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ CCN66 a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ FRAIS d'HOSPITALISATION

- Frais de séjour
- Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux
- Forfait Hospitalier
- Forfait actes lourds
- Chambre particulière (Secteur Conventionné)
- Personne accompagnante (Secteur Conventionné)

✓ FRAIS MÉDICAUX

- Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes
- Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale
- Analyses et examens de biologie
- Auxiliaires médicaux
- Actes de petite chirurgie et Actes techniques médicaux
- Radiologie, Actes d'imagerie médicale et Actes d'échographie
- Orthopédie et autres prothèses
- Prothèses auditives
- Transport accepté par la Sécurité sociale

✓ DENTAIRE

- Soins dentaires
- Orthodontie
- Prothèses dentaires
- Implantologie

✓ OPTIQUE

- Verres
- Monture
- Lentilles de contact
- Chirurgie réfractive

✓ ACTES DIVERS

- Cures thermales acceptés par la Sécurité sociale

Selon la garantie choisie :

- Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

RÉGIME CONVENTIONNEL DE FRAIS DE SANTÉ CCN66 ne rembourse pas :

- ✗ les soins non prévus dans le tableau des prestations



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0,50€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Exclusions autres :

Forfait journalier

- les établissements médico-sociaux (tels que les maisons d'accueil spécialisées [MAS], EHPAD, ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée [CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP] etc...)
- ainsi que les établissements de long séjour (du « type » maisons de retraite), ne donnant pas lieu à un forfait journalier.



Dans quel pays suis-je couvert ?

- ✓ La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

▪ A la souscription du contrat

L'entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

- Une liste, indiquant les nom, prénom, date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile des membres participants, ainsi que la date d'embauche au sein de l'entreprise, ou une photocopie de la DADS ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés visés au contrat.
- Une Demande d'Adhésion ou Bulletin d'Adhésion complété, daté et signé par la personne dûment habilitée à représenter l'entreprise.
- Un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié accompagné de toute autre pièce mentionnée dans ce document.
- Remettre à chaque membre participant un exemplaire de la Notice d'information établie par l'organisme assureur.

▪ En cours d'exercice,

L'Entreprise devra adresser à l'Assureur le cas échéant, les justificatifs suivants :

- Un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé par chaque salarié en cas d'entrée de nouveaux salariés
- Un état mensuel nominatif du personnel sorti des effectifs avec la date de départ et le motif associé.
- En cas de changement d'activité, le notifier à l'organisme assureur par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois après ledit changement.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à l'organisme assureur ou gestionnaire toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment son attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale (Vitale) et un Relevé d'Identité Bancaire ou IBAN.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payées trimestriellement à terme échu par l'entreprise directement à l'organisme assureur ou gestionnaire, au plus tard dans les dix jours qui suivent la fin du trimestre civil.

Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué à partir de l'effectif assuré au cours du trimestre au titre duquel les cotisations sont dues.

Il est précisé que pour les membres participants exerçant leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

L'entreprise assure le précompte des cotisations et est seule responsable du paiement en totalité des cotisations afférentes à leurs salariés, y compris des parts salariales précomptées sur le salaire des membres participants.

Lors de l'appel collectif de cotisations du 4e trimestre, l'entreprise adhérente doit verser à l'organisme assureur le solde de la cotisation annuelle. Ce solde est égal à la différence entre la cotisation due au titre de l'exercice d'assurance et les montants déjà versés lors des précédents appels provisionnels.



A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

Le Contrat prend effet à la date fixée au Certificat d'Adhésion. Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de sa souscription.

Il est ensuite reconduit tacitement au 1er janvier de chaque année.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le Contrat peut être résilié à la demande de l'entreprise, à chaque échéance annuelle. Pour être recevable, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement.