

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SANTÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA-HOSPITALIERS

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 ?

Le contrat FRAIS DE SANTÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRA-HOSPITALIERS 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 ?

✓ SOINS COURANTS

- Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes
- Petite chirurgie - Actes Techniques médicaux
- Radiologie - Imagerie médicale – Échographie
- Analyses médicales - Actes de biologie
- Auxiliaires médicaux

✓ HOSPITALISATION

- Honoraires chirurgicaux - Actes de chirurgie
- Frais de séjour
- Chambre particulière
- Forfait journalier
- Participation forfaitaire acte lourd
- Frais d'accompagnement

✓ PHARMACIE

✓ DENTAIRE

- Soins dentaires
- Soins dentaires avec dépassements
- Orthodontie
- Prothèses dentaires
- Inlays-cores
- Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale,
- Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

- Verres
- Monture
- Lentilles de contact
- Kératochirurgie

✓ APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES MÉDICAUX

- Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale
- Orthopédie et autres prothèses (mammaire, capillaire...) remboursées par la Sécurité sociale

✓ ALLOCATIONS FORFAITAIRES

- Indemnités de naissance
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale
- Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- Diététicien
- Ostéodensitométrie osseuse
- Ostéopathe - Chiropracteur - Étiopathe - Acupuncteur - Psychologue - Psychothérapeute
- Patch Anti-Tabac

✓ DIVERS

- Transports pris en charge par la Sécurité sociale
- Devis / réseau de soins
- Assistance à domicile



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat Frais de santé des laboratoires de biologie médicale extra-hospitaliers 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 :

- ! Les actes hors nomenclature,
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale,
- ! Les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale,
- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.



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 ?

▪ Lors de l'adhésion

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

- Un bulletin d'adhésion au contrat Frais de santé dûment signé par un représentant habilité, sur lequel il indique notamment, la ou les catégorie (s) de personnel à assurer ainsi que les garanties souhaitées,
- la liste nominative des salariés bénéficiaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale française y compris les dispositions spécifiques des départements de la Moselle (57), du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) ; en indiquant le cas échéant ceux dont le contrat de travail est suspendu, le motif de la suspension et s'ils sont indemnisés ou non par l'employeur ou par la Sécurité sociale,
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue à l'Article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien,
- les bulletins individuels d'affiliation des salariés à assurer, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise s'engage à informer immédiatement l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, cession, scission, location-gérance...) ainsi que tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties.

L'Entreprise Adhérente transmet au moins trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dès leur entrée dans la catégorie assurée.

L'Adhérente doit également informer l'Institution des changements de situation du personnel, préciser la date et les motifs de ces changements de situation (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant sa cause...) et si besoin restituer la carte Santé Pharma du Participant.

À la fin de chaque année civile, l'Entreprise Adhérente transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif.

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 ?

La cotisation est annuelle et son paiement est fractionné trimestriellement à terme échu. La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte. Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date.



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

La date d'effet de l'adhésion au contrat d'assurance collective est indiquée au certificat d'admission. L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque exercice.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat d'assurance collective de Frais de santé peut être résiliée avec effet au 31 décembre de chaque exercice par l'Entreprise Adhérente ou l'Institution, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de deux mois.