

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SANTÉ DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES
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 d'assurance collective FRAIS DE SANTÉ DU NÉGOCE EN FOURNITURES DENTAIRES 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.

✓ HOSPITALISATION

- Frais de séjour
- Honoraires des praticiens
- Forfait hospitalier
- Chambre particulière
- Lit accompagnant
- Transport

✓ SOINS COURANTS

- Consultations et visites de médecins
- Actes techniques médicaux
- Auxiliaires médicaux
- Radiologie, imagerie médicale, échographie
- Analyses et examens de laboratoire

✓ PHARMACIE

- Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale

✓ DENTAIRE

- Soins dentaires
- Prothèses dentaires /inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale
- Implants refusés par la Sécurité sociale (forfait annuel)
- Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

- Verres
- Monture
- Lentilles de contact
- Chirurgie réfractive

✓ AUTRES

- Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale
- Prothèses médicales, orthopédiques et autres
- Prothèses auditives remboursées par la SS
- Forfait maternité/adoption

Garanties surcomplémentaires, selon l'option choisie :

- Acupuncture, chiropractie, ostéopathie, psychologie, psychomotricien, consultation diététicien prescrite par un médecin
- Pharmacie prescrite non remboursée



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat Frais de santé du négoce en fournitures dentaires 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 frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale,
- ! L'allocation maternité aux enfants du Participant, ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge,
- ! Les frais de séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale,
- ! Les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien,
- ! En cas de cure thermale, tous les frais annexes à la cure, en particulier les frais de transport et hébergement,
- ! Les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites,
- ! Les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.



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 régime Frais de santé optionnel 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,
- un état du personnel, réparti entre catégories cadres, assimilés cadres et non cadres, affilié 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) ou au régime de la Mutualité Sociale Agricole, ainsi que les mandataires sociaux, et indiquant le salaire annuel brut ; les rémunérations déclarées doivent être conformes à celles qui sont retenues chaque année par l'Entreprise pour le calcul de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise devra informer l'Assureur le cas échéant :

- de toute modification d'adresse, de raison sociale ou opération juridique (fusion, scission, location gérance...),
- de tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties, notamment en cas de changement d'activité ou de dénonciation de l'application volontaire de la Convention collective nationale, plaçant l'Adhérente en dehors du champ d'application de ladite convention collective.
- de tout mouvement de personnel en indiquant les noms, prénoms et numéros de Sécurité sociale des personnes concernées
- 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, ainsi que le relevé des salaires retenus chaque année pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

Il appartient à l'Entreprise Adhérente de remettre à chaque Participant la notice d'information et de l'informer, le cas échéant, des modifications apportées à ses droits et obligations en cours de contrat.

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'adhésion. 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 lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de deux mois.