OFFRE
SOLIDAIRE et
éco-responsable

KLÉSIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES

Conseil & Services Santé

Tableau des prestations

› Garanties du contrat

› Exemples de remboursements

› Contacts

GARANTIES DU CONTRAT (1/5)
FRAIS DE SANTÉ

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement des formules est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + R1	FORMULE DE BASE + R2	FORMULE DE BASE + R3
L'ASSISTANCE - RÉSEAU DE SOINS - LES SERVICES				
ASSISTANCE - IMA KLESIA ASSISTANCE				
Information juridique	✓	✓	✓	✓
Accompagnement E-réputation (information juridique, bonnes pratiques et soutien psychologique en cas de harcèlement sur les réseaux sociaux (pour les enfants, le conjoint ou le salarié) à compter de 2020	✓	✓	✓	✓
Informations médicales	✓	✓	✓	✓
Nutrition prévention santé (bilan téléphonique par bénéficiaire avec un diététicien)	✓	✓	✓	✓
Coaching forme (bilan à domicile et suivi d'appels motivationnels)	✓	✓	✓	✓
Assistance psychologique	✓	✓	✓	✓
Prévention stress au travail (1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue sur 12 mois)	✓	✓	✓	✓
Assistance hospitalisation et immobilisation	✓	✓	✓	✓
Rapatriement médical monde entier - vie privée et professionnelle (déplacement > à 50 km du domicile et < 90 jours)	✓	✓	✓	✓
Transport sur le lieu de travail en cas de perturbations temporaires ou sur le long terme : 10 trajets taxi (domicile- travail) ou (travail domicile) sur 12 mois	✓	✓	✓	✓
Service coursier entre le domicile, le lieu de travail ou le bureau de poste en cas d'impossibilité de se déplacer dans le cadre d'une hospitalisation ou immobilisation imprévue	✓	✓	✓	✓
Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques TMS (1 bilan avec un ergothérapeute sur 12 mois)	✓	✓	✓	✓
RÉSEAU DE SOINS : Santéclair				
Optique (Equipement optique - chirurgie réfractive - lentilles) • Garantie casse sans franchise 2 ans • 2ème paire de qualité à prix négociés • Bilan visuel systématique inclus en cas de renouvellement	✓	✓	✓	✓
Audioprothèse (géolocalisation, accès à un réseau de qualité, analyse de devis et tarifs négociés)	✓	✓	✓	✓
Dentistes (géolocalisation, accès à un réseau de qualité et analyse de devis)	✓	✓	✓	✓
Ostéopathes, Chiropracteur et Diététiciens, (accès à un réseau qualifié)	✓	✓	✓	✓
Classement des établissements Hospitaliers (dont analyse de devis)	✓	✓	✓	✓
DEUXIÈME AVIS MÉDICAL				
Obtenir un deuxième avis auprès d'un médecin expert de votre choix	✓	✓	✓	✓
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE : Médecin Direct				
Téléconsultation non prise en charge par la Sécurité sociale	✓	✓	✓	✓

› Suite

› Accueil › Garanties du contrat › Exemples de remboursements › Contacts

GARANTIES DU CONTRAT (2/5)
FRAIS DE SANTÉ

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement des formules est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + R1	FORMULE DE BASE + R2	FORMULE DE BASE + R3
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites de médecins généralistes (y compris téléconsultation prise en charge par la S.S.)				
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	200 % BR	350 % BR	450 % BR
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes (y compris téléconsultation prise en charge par la S.S.)				
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux				
• Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	200 % BR	350 % BR	450 % BR
• Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
ACTES D'IMAGERIE (Radiologie - Échographie...)				
• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MÉDICAMENTS (dont honoraires de dispensation)				
Médicaments remboursés par la S.S.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait médicaments prescrits non remboursés	Rubrique prévention			
Honoraires de dispensation	Prise en charge			
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la liste des Produits et Prestations (LPP)				
Matériel médical remboursé par la S.S. (hors prothèses auditives et dentaires) - attelles, lits médicaux, fauteuil roulant...	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR

› Suite

› Accueil › Garanties du contrat › Exemples de remboursements › Contacts

GARANTIES DU CONTRAT (3/5)
FRAIS DE SANTÉ

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement des formules est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + R1	FORMULE DE BASE + R2	FORMULE DE BASE + R3
HOSPITALISATION				
HONORAIRES (Honoraires chirurgicaux - Actes de chirurgie)				
Honoraires chirurgicaux - Actes de chirurgie				
• Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150 % BR	230 % BR	350 % BR	500 % BR
• Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	Prise en charge			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier hospitalier (hôpital, clinique et service psychiatrique)	Frais réels			
FRAIS DE SÉJOUR				
Frais de séjour[1] facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour (soignants, hébergement, repas...)	150 % BR	230 % BR	350 % BR	500 % BR
AUTRES PRESTATIONS				
Chambre particulière (y compris maternité) par jour	35 € / jour	65 € / jour	90 € / jour	125 € / jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	35 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
OPTIQUE Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.				
ÉQUIPEMENT « 100 % santé » *				
Monture + 2 verres de tous types de classe A	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B - TARIFS LIBRES				
Équipement composé de deux verres « simples »	200 €	250 €	350 €	400 €
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « complexe »	240 €	300 €	400 €	490 €
Équipement composé de deux verres « complexes »	280 €	350 €	450 €	580 €
Équipement composé d'un verre « simple » et un verre « très complexe »	290 €	365 €	475 €	575 €
Équipement composé d'un verre « complexe » et un verre « très complexe »	330 €	415 €	525 €	665 €
Équipement composé de deux verres « très-complexes »	380 €	480 €	600 €	750 €
Dont monture	80 €	100 €	100 €	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A et B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
LENTILLES				
Lentilles remboursées par la S. S. (y compris jetables) par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 200 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 450 €
Lentilles non remboursées par la S. S. (y compris jetables) par an et par bénéficiaire	100 €	200 €	300 €	450 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE				
Chirurgie réfractive non remboursée par la S.S. [2]	300 € / œil / an	500 € / œil / an	850 € / œil / an	850 € / œil / an

Suite

Accueil | Garanties du contrat | Exemples de remboursements | Contacts

GARANTIES DU CONTRAT (4/5)
FRAIS DE SANTÉ

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement des formules est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + R1	FORMULE DE BASE + R2	FORMULE DE BASE + R3
DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ				
Soins et prothèses « 100% santé » *	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation			
PROTHÈSES				
Actes prothétiques remboursés par la S.S. à honoraires maîtrisés	200 % BR - Dans la limite du HLF	300 % BR - Dans la limite du HLF	400 % BR - Dans la limite du HLF	500 % BR - Dans la limite du HLF
Actes prothétiques remboursés par la S.S. à honoraires libres	160 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Actes prothétiques non remboursés par la S.S. par an et par bénéficiaire	160 € / an	200 € / an	300 € / an	450 € / an
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA S.S.				
Implantologie (pilier + implant) [3]	-	400 € / an	725 € / an	850 € / an
Parodontologie par an et par bénéficiaire	-	150 € / an	240 € / an	300 € / an
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la S.S.	150 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée par la S.S. par an et par bénéficiaire [1]	-	360 € / an	440 € / an	520 € / an
AIDES AUDITIVES Limité à une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille				
ÉQUIPEMENT « 100% SANTÉ » *				
Aide auditive de classe I remboursée par la S.S. • Du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 • A compter du 1er janvier 2021	 Se référer à la prise en charge de la classe II, dans la limite des prix limites de vente Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente			
AIDE AUDITIVE DE CLASSE II - PRIX LIBRES (Au 01/01/2021, la prise en charge globale est limitée à 1 700 € par aide auditive)				
Aide auditive remboursée par la S.S. pour les personnes de plus de 20 ans et de moins de 20 ans et les adultes atteints de cécité par oreille et par bénéficiaire	100 % BR	100 % BR + 350 € / an	100 % BR + 600 € / an	100 % BR + 850 € / an
ACCESSOIRES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITE SOCIALE				
Petits accessoires auditifs (piles, ...)	100 % BR	150 % BR	250 % BR	350 % BR

Suite

S.S. : Sécurité sociale - **BR :** base de remboursement de la Sécurité sociale - **TM :** Ticket modérateur.
***** tels que définis réglementairement.
BR : base de remboursement de la Sécurité sociale Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) - Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

1. Base de remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.
2. Dans la limite de deux interventions (une pour chaque oeil) par an et par bénéficiaire.
3. Forfait annuel versé par bénéficiaire dans la limite de 3 implants. Le remboursement du ou des implants ne peut excéder le forfait annuel.
4. Sur prescription médicale.
5. La cigarette électronique et ses recharges ne sont pas prises en charge.

GARANTIES DU CONTRAT (5/5)
FRAIS DE SANTÉ

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Le remboursement des formules est limité aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés. Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

	FORMULE DE BASE	FORMULE DE BASE + R1	FORMULE DE BASE + R2	FORMULE DE BASE + R3
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Forfait médecines douces non remboursées par la S.S.				
Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Pédicure/podologie, Kinésiologie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Diététique, Psychologie, Psychomotricité, Sophrologie, Naturopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Réflexologie	-	120 € (30 € / séance 4 séances max / an)	200 € (50 € / séance 4 séances max / an)	300 € (60 € / séance 5 séances max / an)
Forfait global prévention	60 € / an	80 € / an	120 € / an	170 € / an
Pilules et patchs contraceptifs (prescrits et non remboursés par la S.S.) dont traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs	-	Dans le forfait global prévention	Dans le forfait global prévention	Dans le forfait global prévention
Test de dépistage du cancer du sein remboursé par la S.S.[4]	100 % BR			
Tests de dépistage (prescrits et non remboursés) dont cancer de l'utérus, du colon, de la prostate) [4]	Dans le forfait global prévention			
Vaccins antigrippaux (prescrits et non remboursés) [4]	Dans le forfait global prévention			
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) [4]	Dans le forfait global prévention			
Sevrage tabagique [5]	Forfait S.S. (50 € / adulte ou 150 € / femme enceinte et 20/25 ans)			
DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales prises en charge par la S.S. par an et par bénéficiaire : honoraires, traitement, hébergement	S.S.	100 % TM	S.S. + 320 € / an	S.S. + 500 € / an
NAISSANCE - ADOPTION				
Chambre particulière par jour (dans le forfait hospitalisation)	(Dans le forfait hospitalisation)			
Forfait maternité / adoption par enfant	80 €	150 €	300 €	430 €
Procréation médicale assistée / Fécondation in vitro	-	100 € / an	135 € / an	135 € / an
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la S.S.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
NIVEAUX DE REMBOURSEMENTS ACCESSIBLES AVEC UNE SURCOMPLÉMENTAIRE FAC (Renfort)	Renfort 1 à 3	Renfort 2 à 3	Renfort 3	Pas de Renfort

S.S. : Sécurité sociale - **BR :** base de remboursement de la Sécurité sociale - **TM :** Ticket modérateur.
***** tels que définis réglementairement.
BR : base de remboursement de la Sécurité sociale Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) - Forfait journalier hospitalier : somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

1. Base de remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.
2. Dans la limite de deux interventions (une pour chaque oeil) par an et par bénéficiaire.
3. Forfait annuel versé par bénéficiaire dans la limite de 3 implants. Le remboursement du ou des implants ne peut excéder le forfait annuel.
4. Sur prescription médicale.
5. La cigarette électronique et ses recharges ne sont pas prises en charge.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

*Choisissez votre formule en **4 CLICS***

Selon le niveau de garanties mis en place de votre entreprise, les dépenses restant à la charge de votre salarié diminueront.

Toutes les prestations sont limitées aux dépenses réellement engagées.

Régime général de la Sécurité Sociale

1 CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE RESTE À CHARGE ACCEPTABLE

2 DÉCOUVREZ LA FORMULE ADAPTÉE À VOTRE BESOIN

CONSULTATION SPÉCIALISTE

Dermatologue, spécialiste adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dépense de 90 €

Reste à charge →	25 €	1 €

DÉCOUVREZ LA FORMULE ADAPTÉE À VOTRE BESOIN

OPTIQUE

Achat d'une monture et deux verres complexes (verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00). choix de prestations ne rentrant pas dans le 100 % SANTÉ)

Dépense de 560 €

Reste à charge →	269,51 €	119,51 €	99,51 €	0 €

DÉCOUVREZ LA FORMULE ADAPTÉE À VOTRE BESOIN

DENTAIRE

Bridge dentaire traditionnel de trois éléments [2 dents piliers + 1 élément intermédiaire pour remplacer une dent absente] - Honoraires libres

Dépense de 1 300 €

Reste à charge →	378 €	266,20 €	0 €	0 €

DÉCOUVREZ LA FORMULE ADAPTÉE À VOTRE BESOIN

HOSPITALISATION

Chambre particulière pour 3 jours

Dépense de 330 €

Reste à charge →	225 €	135 €	60 €	0 €

DÉCOUVREZ LA FORMULE ADAPTÉE À VOTRE BESOIN

Vous souhaitez un **BILAN GRATUIT** de votre protection sociale ?

RETROUVEZ-NOUS SUR KLESIA.FR

KLESIA
klesia.fr

KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par les dispositions du titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale
Siège social situé 4 rue Georges Picquart 75017 Paris.

1-140.365/19