

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SOINS DE SANTÉ DE LA PHARMACIE D'OFFICINE – Non-Cadre

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 soins de santé de la pharmacie d'officine- Non-Cadre 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.

✓ SOINS COURANTS

- Consultations ou visites de généraliste, spécialiste
- Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux
- Auxiliaires médicaux
- Actes d'imagerie, d'échographie
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale
- Forfait médicaments non remboursables et non remboursés par la Sécurité Sociale
- Prothèses capillaires remboursées par la Sécurité Sociale
- Autre matériel médical remboursé par la Sécurité Sociale (hors aide auditive et prothèse dentaire)

✓ HOSPITALISATION

- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour en établissement privé ou public
- Chambre particulière par jour
- Frais d'accompagnant par jour
- Forfait actes lourds

✓ DENTAIRE

- Equipement « 100 % Santé »
- Soins dentaires
- Actes prothétiques
- Inlays et onlays remboursés par la Sécurité Sociale
- Parodontologie
- Implantologie
- Orthodontie

✓ OPTIQUE

- Equipement « 100 % Santé »
- Verres
- Monture
- Prestation d'adaptation
- Lentilles de contact

✓ AIDE AUDITIVES

- Equipement « 100 % Santé »
- Aide auditive remboursée par la Sécurité Sociale
- Accessoires remboursés par la Sécurité Sociale

✓ DIVERS

- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, honoraire
- Chambre particulière par jour naissance, adoption
- Forfait naissance, adoption, par enfant
- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale
- Indemnité de déplacement

Selon la garantie choisie :

Chirurgie de la vision ; Forfait global médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, ...) ; Forfait global prévention (Sevrages tabagiques, vaccins...) ; Assistance IMA



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat FRAIS DE SOINS DE LA PHARMACIE D'OFFICINE – Non-Cadre 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 entrer dans le champ d'application de la Convention collective nationale étendue de la Pharmacie d'officine du 3 décembre 1997 ou avoir un lien direct avec la Branche et appliquer volontairement la Convention collective

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

- Un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité ;
- Un état du personnel de la catégorie assurée.

▪ 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 étendue de la Pharmacie d'officine, 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 le bulletin individuel d'affiliation, 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.

La cotisation de la gamme facultative est réglée par prélèvement mensuel sur le compte bancaire du salarié.



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.