

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : Contrat frais de santé des salariés en Portage salarial

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notices 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, les Notices d'information et les tableaux de garanties.

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

Ce contrat Frais de santé est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, souscrit auprès de KLESIA Prévoyance par une entreprise au profit du personnel relevant de la branche du Portage Salarial.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans les tableaux de garanties.

✓ HOSPITALISATION

- Frais de séjour
- Honoraires chirurgicaux
- Forfait hospitalier
- Transport sanitaire

✓ SOINS COURANTS

- Consultations et visites de médecins
- Actes de spécialité, acte de petite chirurgie
- Radiologie, ostéodensitométrie
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement
- Frais d'analyses et de laboratoire
- Forfait actes lourds et forfait patient urgences
- Frais pharmaceutiques

✓ DENTAIRE

- Soins et prothèses " 100% santé "
- Inlay, onlay remboursé par la SS
- Inlay core remboursé par la SS
- Soins prothétiques et prothèses dentaires
- Soins dentaires
- Parodontologie remboursée par la SS
- Orthodontie remboursée par la SS

✓ OPTIQUE

- Equipement " 100% santé "
- Monture et verres
- Prestation d'adaptation
- Lentilles remboursées par la SS

✓ AIDES AUDITIVES

- Equipement " 100% santé "
- Aide auditive de classe II
- Piles remboursées par la SS

✓ AUTRES

- Test HPV si non-remboursé par la SS
- Orthopédie, petit et grand appareillage, prothèses autres que dentaires, auditives et optiques
- Médecine douce et sevrage tabagique
- Consultation diététicien pour enfant de moins de 12 ans
- Forfait maternité ou adoption
- Actes de prévention selon contrat responsable

✓ ASSISTANCE - RÉSEAU de SOIN – TÉLÉCONSULTATION

Selon la garantie choisie à titre facultatif par le salarié :
Chambre particulière ; lit d'accompagnant ; PMA/FIV ; Parodontologie non remboursée par la SS ; Implantologie ; Lentilles non-prises en charge par la SS ; Chirurgie réfractive non remboursée par la SS ; Forfait global de prévention ; Cures thermales remboursées par la SS.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les contrats Frais de Santé complémentaires et surcomplémentaires ne remboursent pas :

- ✗ les soins non prévus dans les tableaux de prestations



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Pour le contrat complémentaire et le contrat surcomplémentaire santé dits « responsables »

Exclusions « contrats responsables » :

- ! La participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- ! Hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur n'est prise en charge) ;
- ! Hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- ! L'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations).

Pour le contrat surcomplémentaire santé « non responsable »

Les exclusions ci-dessus ne s'appliquent pas.

Pour le contrat complémentaire et les contrats surcomplémentaires santé

Sauf dispositions spécifiques prévues aux contrats, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- ! les actes hors nomenclature ;
- ! les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- ! les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- ! 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 du Portage Salarial (IDCC 3219).

L'Entreprise doit fournir à l'Institution :

- La liste de l'ensemble du personnel couvert par le présent contrat (nom et prénom, date de naissance, adresse, situation familiale) ;
- La liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien.

▪ En cours de contrat,

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

- De tout mouvement de personnel en indiquant les noms, prénoms et numéros de Sécurité sociale des personnes concernées ;
- En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, l'adhérent doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail ...) ; ainsi que, le cas échéant, le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, si les cotisations sont assises sur la rémunération.
- L'adhérent doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

Il appartient à l'adhérent 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 ?

Les cotisations sont calculées et transmises mensuellement via la DSN et réglées au plus tard trimestriellement à terme échu.

Les cotisations pour l'extension des garanties aux ayants droit ainsi que celles pour le maintien de garanties sont exclusivement à la charge du salarié.

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'entreprise peut résilier le contrat frais de santé par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'Institution le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus de la modification du contrat proposée par l'Institution (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.