

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

KLÉSIA
Mut'

Assureur : KLESIA Mut'

Produit : Mon offre santé HCR Pro

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 la Notice d'information et le tableau des garanties.

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

Ce contrat 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 ; Forfait journalier ; Frais et honoraires chirurgicaux ; Chambre particulière ; Lit d'accompagnant ; Maternité ; Forfait patient urgence

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires « 100 % Santé » ; Soins dentaires ; Prothèses dentaires autres que « 100% santé » ; Prothèses non remboursées par la SS ; Orthodontie ; Implantologie

✓ SOINS COURANTS

Honoraires médicaux Généraliste / spécialiste ; Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique ; Auxiliaires médicaux - Analyses médicales et actes techniques médicaux ; Imagerie médicale, radiologie, échographie ; Honoraires paramédicaux ; Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale ; Analyses médicales ; Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Moyens de contraception prescrit non remboursés par la Sécurité sociale ; Sevrage tabagique ; Honoraire de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale ; Cures thermales ; Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale ; Médecine additionnelle de prévention (ostéopathe, podologue ; homéopathe...)

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % santé » ; Équipement autre que « 100 % santé » ; Lentilles de contact ; Prestation d'adaptation

✓ AIDES AUDITIVES

Équipement « 100 % santé » ; Équipement autre que « 100 % santé » ; Accessoires et fournitures

✓ ASSISTANCE

✓ TELECONSULTATION

✓ 2nd AVIS MEDICAL



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce contrat 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)

Autres exclusions contractuelles :

- ! les actes non remboursés par la Sécurité sociale, sauf mention au certificat d'adhésion ;
- ! les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou antérieurement à la date d'effet de l'adhésion des bénéficiaires ;
- ! les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires ;
- ! la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soin prévues par le Code de la sécurité sociale ;
- ! les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé ;
- ! tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement.
- ! A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- ! tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- ! l'achat de médicament sur un site internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée) ;
- ! la cigarette électronique.



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 ?

▪ A la souscription du contrat

Le TNS qui désire s'assurer doit remplir une demande individuelle d'adhésion et fournir notamment :

- un extrait K bis ou le cas échéant toute autre pièce officielle justifiant son statut ;
- une photocopie de sa carte nationale d'identité ;
- pour chaque bénéficiaire, la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale ;
- un exemplaire du certificat d'adhésion dûment signé dans les 30 jours qui suivent sa date d'émission ;
- toute pièce que l'*organisme assureur* ou l'*organisme gestionnaire* jugerait nécessaire à l'adhésion.

Loi « Madelin »

L'Adhérent qui souhaite adhérer à ce contrat dans le cadre de la loi « Madelin », doit également joindre à sa demande d'adhésion une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il devra fournir cette attestation chaque année, lors du renouvellement du contrat.

▪ En cours de contrat

L'assuré s'engage à :

- à régler les cotisations à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire ;
- à communiquer à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire :
 - toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'organisme assureur ou à l'organisme gestionnaire lors de l'adhésion, notamment le changement de l'activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion ;
 - la date de prise d'effet de la liquidation de sa pension d'assurance vieillesse au titre de son activité non salariée ;



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance le 5 ou le 12 du mois d'échéance de la cotisation, par prélèvement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, ou par virement. Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.



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

La couverture prend effet au jour mentionné sur le certificat d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 mars suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er avril de chaque année, sauf résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Assuré 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 la Mutuelle
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque la Mutuelle 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 la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.