

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SOINS DE SANTÉ DE LA PHARMACIE D'OFFICINE

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 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 laboratoires ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Vaccins et médicaments non remboursés ou non remboursables par la Sécurité sociale ; Grand appareillage ; Prothèses capillaires ; Autre matériel médical remboursé par la Sécurité sociale ; Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale

✓ HOSPITALISATION

Honoraires ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour en établissement privé ou public de santé ; Chambre particulière ; Frais d'accompagnant ; Forfait actes lourds ; Forfait patient urgences

✓ DENTAIRE

Équipement « 100 % Santé » ; Soins dentaires ; Actes prothétiques ; Parodontologie ; Implantologie ; Orthodontie

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % Santé » ; Verres + Monture ; Prestation d'adaptation ; Lentilles correctrices

✓ AIDE AUDITIVE

Équipement « 100 % Santé » ; Aide auditive remboursée par la Sécurité Sociale ; Accessoires remboursés par la Sécurité Sociale

✓ PREVENTION et MEDECINE DOUCE

Ensemble des actes de prévention remboursés par la Sécurité Sociale (L.871-1 du code de la sécurité sociale)

✓ DIVERS

Cures thermales remboursées par la Sécurité Sociale, Honoraires ; Forfait naissance, adoption, par enfant ; Frais de transport remboursés par la Sécurité Sociale ; Indemnités de déplacement

Selon la garantie choisie :

Chirurgie de la vision ; Forfait global médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, ...)
Assistance



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)

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.
- ! Es frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale



Dans quel pays suis-je couvert ?

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites des garanties souscrites définies aux tableaux des prestations. Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.



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...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.
- 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.
- l'Adhérente 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.

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 ?

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

L'Institution procède à l'ajustement des cotisations dues sur la base des informations contenues dans la DSN communiquée par l'Adhérente.

Cet ajustement donne lieu soit à un remboursement de trop perçu, soit à un paiement complémentaire par l'Entreprise Adhérente.

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 ?

Vous pouvez 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'organisme assureur
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'organisme 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. L'Institution doit accuser réception par écrit de la résiliation du contrat en précisant à l'adhérent la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus de la modification du contrat par l'Institution selon les dispositions énoncées aux Conditions générales