

CONDITIONS GENERALES

FRAIS DE SANTE

Contrat collectif surcomplémentaire à adhésion obligatoire

Ensemble du personnel des entreprises relevant de la Convention collective nationale des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiers (IDCC 1978)

Version en vigueur au 1er juillet 2022

Référencé FAS3

Sommaire

LEXIQUE	3
TITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
PARTIE 1 – GÉNÉRALITÉS	5
ARTICLE 1 – Objet	5
ARTICLE 2 – Base légale	5
ARTICLE 3 – Contrat responsable	5
ARTICLE 4 – Contrôle de l'Institution	6
ARTICLE 5 – Fondement de l'adhésion	6
ARTICLE 6 – Réclamation et médiation	6
ARTICLE 7 – Communication par voie électronique	6
ARTICLE 8 – Protection des données personnelles	6
ARTICLE 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	7
ARTICLE 10 – Lutte contre la fraude à l'Assurance	7
PARTIE 2 – ADHESION DE L'ENTREPRISE	7
ARTICLE 11 – Champ d'application – Date d'effet – Durée - Renouvellement	7
ARTICLE 12 – Obligations de l'Adhérente	7
ARTICLE 13 – Résiliation de l'adhésion au contrat	8
PARTIE 3 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS	9
ARTICLE 14 – Conditions – Modalités d'affiliation	9
ARTICLE 15 – Bénéficiaires	9
ARTICLE 16 – Date d'affiliation et date d'effet des garanties	10
ARTICLE 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail	10
ARTICLE 18 – Cessation de l'affiliation du Participant	11
ARTICLE 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant	11
PARTIE 4 - COTISATIONS.....	12
ARTICLE 20 – Assiette et montant des cotisations	12
ARTICLE 21 – Paiement des cotisations	12
ARTICLE 22 – Défaut de paiement des cotisations	12
ARTICLE 23 – Révision des cotisations	13
PARTIE 5 – PRESTATIONS	13
ARTICLE 24 – Définition des prestations	13
ARTICLE 25 – Montant des prestations	16
ARTICLE 26 – Paiement des prestations	16
ARTICLE 27 – Bon de prise en charge	18
ARTICLE 28 – Tiers payant.....	18
ARTICLE 29 – Modifications des prestations	18
ARTICLE 30 – Fausse déclaration	18
ARTICLE 31 – Prescription.....	18
ARTICLE 32 – Subrogation	18
ARTICLE 33 – Contrôle médical	18
ARTICLE 34 – Événements exclus	19
TITRE 2 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES	19
PARTIE 1 – Taux de cotisations.....	19
PARTIE 2 – Tableaux des prestations	20

LEXIQUE

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximaux fixés.

AYANT DROIT

Personne bénéficiant des garanties du présent contrat du chef du Participant à condition d'avoir été préalablement affilié.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

COTISATIONS

Contribution de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

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) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

ENTREPRISE ADHÉRENTE OU ADHERENTE

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

FORFAIT JOURNALIER OU HOSPITALIER

Participation du Participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement engagée par le Participant pour un acte médical donné.

FRANCHISES MÉDICALES

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

GARANTIE

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

PARTICIPANT

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Institution.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

TITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

PARTIE 1 – GÉNÉRALITÉS

ARTICLE 1 – Objet

Les présentes dispositions constituent les Conditions Générales du contrat souscrit par l'entreprise auprès de KLESIA Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris.

Les dispositions définissent les conditions dans lesquelles l'Institution garantit à titre collectif et obligatoire le personnel de l'Entreprise Adhérente, ci-après dénommée « l'Adhérente », relevant de la catégorie de salariés définie au certificat d'adhésion, ci-après dénommés « les Participants », contre le risque Frais de santé.

Ce contrat surcomplémentaire obligatoire, ne peut être souscrit qu'en complément du contrat collectif obligatoire de base.

De ce fait, la résiliation du contrat de base obligatoire, entraîne automatiquement la résiliation du contrat surcomplémentaire obligatoire.

Les garanties effectivement souscrites par l'Adhérente sont précisées au certificat d'adhésion.

Le contrat Frais de santé souscrit auprès de l'Institution est composé :

- du bulletin d'adhésion complété et signé par l'Adhérente ;
- des présentes Conditions Générales ;
- du certificat d'adhésion propre à chaque Adhérente.

Le présent contrat est conforme à l'accord du 1^{er} juin 2022 du régime Frais de Santé, complétant l'accord collectif du 29 septembre 2020 portant sur la mise à jour de la CCN des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiers du 21 janvier 1997 (IDCC 1978). Il constitue la mise à jour au 1^{er} juillet 2022 des dispositions contractuelles en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2020.

ARTICLE 2 – Base légale

Ce contrat collectif Frais de santé est régi par les dispositions du Code de la Sécurité sociale et est exclusivement soumis à la loi française. Le règlement des éventuels litiges liés au présent contrat sera du ressort des tribunaux français.

ARTICLE 3 – Contrat responsable

Le présent contrat vient en complément du contrat de base obligatoire, il est également en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- 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) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale 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, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100 % santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

ARTICLE 4 – Contrôle de l’Institution

L’Institution est soumise au contrôle de l’Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 5 – Fondement de l’adhésion

Les garanties prévues par le contrat collectif obligatoire sont mises en place par l’un des actes définis à l’article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale : accord collectif de branche, accord référendaire ou décision unilatérale de l’employeur.

ARTICLE 6 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, l’Entreprise ou le Participant doit s’adresser en priorité à l’adresse suivante :

Pour l’adhésion de l’Adhérente et la gestion des cotisations obligatoires :

KLESIA Prévoyance
Service Réclamation
TSA 90200
69307 LYON CEDEX 07
par téléphone : 01 71 39 15 15
du lundi au vendredi
de 9h00 à 18h00

sur le site internet : www.klesia.fr

Pour l’adhésion des Participants, la gestion des cotisations facultatives et des prestations :

Centre de gestion KLESIA
TSA 30171
84918 Avignon Cedex 9
par téléphone : 09 70 60 99 61
du lundi au vendredi
de 9h00 à 18h00.

Par email : reclamationklesia@lmftech

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d’agir en justice, l’Adhérente, le Participant ou l’ayant droit peut afin de trouver une issue amiable au différend l’opposant à l’Institution, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans le délai d’un an à compter de la réclamation.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l’Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l’Adhérente doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l’Institution.

par courrier :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
75008 PARIS

par internet : <http://www.ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

ARTICLE 7 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l’Entreprise/ les Participants et l’Institution et/ou le gestionnaire sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L’ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l’assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l’Institution et/ou au gestionnaire pour le paiement des prestations, ainsi qu’au respect des dispositions des articles L.932-12-2 et R.932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

ARTICLE 8 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l’Adhérente à l’Institution, KLESIA Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, KLESIA Prévoyance s’engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l’objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

KLESIA Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de KLESIA Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par KLESIA Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

ARTICLE 9 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

ARTICLE 10 – Lutte contre la fraude à l'Assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

PARTIE 2 – ADHESION DE L'ENTREPRISE

ARTICLE 11 – Champ d'application – Date d'effet – Durée - Renouvellement

Le champ d'application professionnel et géographique de l'accord national du 1er juin 2022 est celui défini par l'article 1.1C de l'accord du 29 septembre 2020 portant mise à jour de la Convention collective nationale des Fleuristes, de la Vente et des Services des animaux familiers du 21 janvier 1997.

L'adhésion au contrat prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et se termine au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution, notifiée conformément aux dispositions de l'article 13 – Résiliation du contrat.

ARTICLE 12 – Obligations de l'Adhérente

12.1. Obligation d'affiliation

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'Adhérente doit affilier l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire désignée au certificat d'adhésion.

Elle s'engage également à y affilier obligatoirement tous les salariés appartenant à la catégorie bénéficiaire qu'elle embauchera postérieurement à la date d'effet du contrat ainsi que tous ceux qui viendront à être promus dans la catégorie de personnel bénéficiaire postérieurement à cette date.

Les participants se prévalant d'une dispense d'affiliation au titre du contrat Frais de santé de la base obligatoire ne peuvent pas être affiliés au présent contrat.

12.2. Informations à fournir à l'Institution

12.2.1. Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution ou au gestionnaire :

- 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.

12.2.2. En cours de contrat

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, 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.

L'Adhérente 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.

12.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'Adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Elle doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites. La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

ARTICLE 13 – Résiliation de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution.

13.1. Résiliation par l'Institution

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- à l'échéance du contrat, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale ;
- en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat 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.

13.2. Résiliation par l'Adhérente

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Adhérente 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'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'Adhérente la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérente.
- en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat 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.

13.3 Résiliation de plein droit

En cas de résiliation du contrat Frais de santé de base obligatoire, le présent contrat devient sans objet et l'adhésion au présent contrat est résiliée à la même date d'effet.

13.4. Changement d'activité

L'Adhérente, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'organisme assureur de tout changement d'activité ayant pour conséquence de la placer en dehors du champ d'application de la Convention Collective Nationale de la Restauration Rapide (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...).

Dans l'hypothèse où l'Institution est informée postérieurement à la sortie du champ d'application, celle-ci pourra :

- soit maintenir ou adapter les conditions contractuelles (cotisations, prestations et révision), dans le cadre d'un nouveau contrat se substituant au présent,
- soit procéder à la résiliation de l'adhésion au présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, celle-ci prenant effet au plus tôt au dernier jour du mois civil suivant un préavis de deux mois apprécié à compter de l'envoi de la lettre précitée.

PARTIE 3 – AFFILIATION DES PARTICIPANTS

ARTICLE 14 – Conditions – Modalités d'affiliation

14.1. Conditions d'affiliation

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

Pour être affilié au contrat, le salarié doit appartenir à la catégorie du personnel définie au certificat d'adhésion.

14.2 Participant

Sous réserve du respect des conditions et modalités d'affiliation ci-dessus, la qualité de Participant est acquise : L'ensemble du personnel relevant de la catégorie de salariés assurés est affilié à titre obligatoire.

L'Adhérente transmet à l'Institution le bulletin d'affiliation dûment renseigné par chaque participant, dans un délai de 30 jours suivant :

- soit la date d'effet du contrat,
- soit la date d'entrée dans la catégorie de salariés assurée (embauche, promotion, mutation...).

14.3. Affiliation des ayants droit

Le participant peut demander à titre facultatif l'affiliation de ses ayants droit à la garantie Frais de santé. La cotisation est exclusivement à sa charge et prélevée sur son compte bancaire telle que définie aux Dispositions Spécifiques.

ARTICLE 15 – Bénéficiaires

Ces ayants droit peuvent être le conjoint et les enfants à charge.

Les bénéficiaires des garanties souscrites sont assurés pour les Frais de santé engagés pour eux-mêmes. Ces bénéficiaires sont :

- le salarié régulièrement affilié ;
- les ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation du salarié, lors de l'affiliation ou suite à une demande ultérieure, sous réserve que leur affiliation soit prévue au contrat.

Ces ayants droit sont les suivants :

- le conjoint, la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ou le concubin. Le concubin doit vivre sous le même toit que le participant, tous deux étant libres de tout lien conjugal et de tout lien de PACS ;
- les enfants du Participant ou de son conjoint (marié ou lié par un PACS) ou de son concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :
 - être considérés par la Sécurité sociale comme à la charge du Participant, ou de son conjoint ou concubin, en application de l'article L. 160-2 du Code de la Sécurité sociale,
 - être âgés de moins de 24 ans s'ils finissent leur cycle secondaire,
 - être âgés de moins de 28 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris dans l'Union Européenne, et sont affiliés à un régime obligatoire de protection sociale au titre du régime obligatoire,
 - être âgés de moins de 28 ans et en contrat d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un contrat Frais de santé au titre de leur activité salariée,
 - être âgés de moins de 26 ans à condition qu'ils soient à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi, et qu'ils soient fiscalement à charge du Participant du conjoint ou du concubin,
 - être handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21^e anniversaire de la carte d'invalidité civile.

15.1. Justificatifs

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne bénéficiaire ;
- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ou une copie de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion « invalidité » ou une attestation de leur inscription à Pôle Emploi et une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime Frais de santé au titre de son activité salariée.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Institution ou au gestionnaire.

ARTICLE 16 – Date d'affiliation et date d'effet des garanties

16.1. Participant

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat précisée au certificat d'adhésion, lorsque le salarié est présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date et fait partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat. Le salarié bénéficie des garanties prévues au contrat Frais de santé à compter de la date d'affiliation. Seuls les frais engagés pour des soins postérieurs à la date d'affiliation seront pris en charge.

16.2. Affiliation des ayants droit

A l'adhésion, la garantie prend effet, pour les ayants droits indiqués ci-dessus, à la même date que celle retenue pour le salarié.

Le niveau de garantie des ayants droit est toujours identique à celui du participant

En cours d'adhésion, le Participant a la possibilité d'ajouter ou de modifier les ayants droit bénéficiaires dans les conditions suivantes :

- en cas d'ajout de bénéficiaire(s), la modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception par KLESIA Prévoyance de la demande.
- en cas de naissance d'un enfant où la modification prendra effet au 1^{er} jour du mois de la naissance,
- en cas de suppression de bénéficiaire(s), la modification prendra effet au 31 décembre de l'année en cours, avec un préavis de 2 mois.

Cependant, en cas de force majeure (exemple : décès d'un ayant droit...), la modification aura lieu le lendemain suivant le jour de l'événement.

Il est précisé que tout changement des bénéficiaires des garanties ne vise que les frais engagés postérieurement à la date d'effet de ce dernier.

ARTICLE 17 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

17.1. Maintien de l'affiliation

Les garanties en vigueur sont maintenues au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'une indemnisation de la part de l'employeur. Celle-ci peut prendre la forme :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur,
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (y compris l'indemnité d'activité partielle/de longue durée et les congés rémunérés par l'employeur tels que les congés de reclassement et de mobilité).

Dans ce cas, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

17.2. Suspension de l'affiliation

Dans les autres cas de suspension, comme par exemple, pour congés sans solde non visés dans les dispositions précédentes (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime frais de santé.

Dans le cas où les garanties sont suspendues, la suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé.

ARTICLE 18 – Cessation de l’affiliation du Participant

Sous réserve des cas de maintien des garanties prévus à l’article suivant, l’affiliation du Participant cesse de plein droit dans les cas suivants :

- résiliation du contrat Frais de santé, par l’une des parties dans les conditions prévues aux présentes conditions générales ;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- cessation d’activité ou disparition de l’Adhérente ;
- passage du salarié dans une catégorie de salariés non visée au certificat d’adhésion ;
- liquidation de la pension vieillesse du Participant, sauf situation de cumul emploi-retraite au sein de l’entreprise ;
- décès du Participant.

ARTICLE 19 – Maintien des garanties au bénéfice du Participant

19.1. Maintien au titre de la portabilité prévue à l’article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

Conditions

En cas de rupture du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l’ancien salarié soit pris en charge par le régime de l’Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l’ancien salarié doit retourner à l’Institution ou au gestionnaire le bulletin de demande de portabilité dûment complété et signé.

Il incombe à l’Adhérente d’informer le Participant de ce droit.

Date d’effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de rupture du contrat de travail.

Ce maintien est accordé pendant la période d’indemnisation par l’Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle du dernier contrat de travail du salarié ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause dans la limite de 12 mois.

La suspension des allocations du régime d’assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n’a pas d’incidence sur le calcul de la durée du maintien qui ne sera pas prolongée d’autant.

Bénéficiaires

L’ancien salarié ainsi que ses ayants droit déjà affiliés lors de la cessation du contrat de travail bénéficient du maintien des garanties.

Aucune affiliation postérieure à la cessation du contrat de travail ne pourra être effectuée, à l’exception des naissances et adoptions survenues pendant la période de portabilité.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l’entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera répercutée sur la couverture des bénéficiaires du maintien des droits.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l’absence de cotisations au titre des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail pour l’employeur et l’ancien salarié.

Obligations déclaratives

L’ancien salarié s’engage à fournir à l’Institution ou au gestionnaire :

- à l’ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d’indemnisation par le régime d’Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l’attestation de paiement des allocations chômeurs ou le cas échéant, les décomptes d’indemnités journalières de la Sécurité sociale. L’Institution et/ou le gestionnaire pourront réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l’issue de la période de portabilité ;
- au décès de l’ancien salarié ;
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l’Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l’Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation de l’adhésion au contrat Frais de santé.

19.2. Maintien des garanties au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- les personnes garanties du chef du Participant décédé, pendant une durée minimum de 12 mois à compter du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'Institution ou le gestionnaire, qui adresse la proposition de maintien des garanties à ces personnes dans le délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès. Le nouveau contrat prévoit sa date d'effet, ses modalités et ses conditions tarifaires.

PARTIE 4 - COTISATIONS

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues au certificat d'adhésion.

ARTICLE 20 – Assiette et montant des cotisations

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale dont le taux et la structure des cotisations sont définis aux Dispositions Spécifiques.

La cotisation est due dans son intégralité, y compris dans les cas suivants :

- pour les Participants qui exercent leur activité à temps partiel ou chez plusieurs employeurs ;
- pour le salarié en arrêt de travail qui perçoit des prestations en espèce de la Sécurité sociale, tant qu'il figure parmi les effectifs de l'Adhérente.

ARTICLE 21 – Paiement des cotisations

Par l'Adhérente

L'Adhérente est seule responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de l'Institution. De ce fait, elle procède à leur calcul et à leur versement à l'Institution. 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 par l'Institution, soit à un paiement complémentaire par l'Adhérente.

Par le Participant

La cotisation des ayants droit à titre facultative est exclusivement à la charge du salarié et prélevée mensuellement sur son compte bancaire.

ARTICLE 22 – Défaut de paiement des cotisations

Par l'Adhérente

Conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, en cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat sera résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, l'Institution poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

Par le participant

Le participant a la charge exclusive du paiement des cotisations pour ses ayants droit. Au cas où, la cotisation afférente à l'affiliation des ayants droit n'est pas réglée dans les dix jours suivant son échéance, les ayants droit pourront être exclus du contrat.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations, l'Institution ou le gestionnaire adressera une mise en demeure, recommandée avec accusé de réception au participant. La garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure, puis leur affiliation résiliée dix jours après ce délai de trente jours, selon les modalités de l'article L.932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte et ne pourra, sauf demande expresse acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur.

ARTICLE 23 – Révision des cotisations

Les taux de cotisation sont réexaminés par l'Institution en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction de l'équilibre du contrat, de l'évolution du Plafond de la Sécurité sociale et de l'évolution de l'indice de la Consommation Médicale Totale (CMT).

L'Institution peut également réviser les taux en cours d'année en cas de modifications législatives ou réglementaires ayant une incidence sur le contrat Frais de santé.

L'évolution de taux doit être notifiée à l'Adhérente avant son entrée en vigueur.

En cas de refus par l'Adhérente des taux révisés par l'Institution, l'adhésion sera résiliée selon les modalités prévues à l'article 13.2 du présent contrat.

À défaut, l'Adhérente est réputée avoir accepté la révision des taux.

PARTIE 5 – PRESTATIONS

ARTICLE 24 – Définition des prestations

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des Frais de santé engagés par le Participant et par ses éventuels ayants droit, selon les garanties souscrites définies au certificat d'adhésion et dans la limite des frais réellement engagés :

Soins courants

Honoraires médicaux

Actes d'imagerie

Hospitalisation

Honoraires

Autres prestations

Dentaire

Prothèses

Orthodontie

Implantologie

Optique

Verres

Chirurgie réfractive

Divers

Psychologie et Psychomotricité

Les Frais de santé suivants non remboursés par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une prise en charge par l'Institution, selon les dispositions prévues au tableau des prestations :

- chambre particulière et frais d'accompagnement ;
- prothèse dentaire, orthodontie ;
- actes de prévention tels que la pilule contraceptive prescrite,
- médecine douce : Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie.

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.

Elle couvre aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « MonPsy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée.

La participation forfaitaire sur les « actes lourds et le Forfait Patient Urgences » sont intégralement remboursés.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute

délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

Cet équipement est pris en charge intégralement au titre du contrat de base auquel est lié le présent contrat. En conséquence, dans le cadre d'un contrat surcomplémentaire, aucune prestation ne sera versée pour cet équipement, y compris en cas de dépassement des prix limites de vente par l'opticien.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Cette garantie est prise en charge intégralement au titre du contrat de base auquel est lié le présent contrat. En conséquence, dans le cadre d'un contrat surcomplémentaire, aucune prestation supplémentaire ne sera versée.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Grille optique

A	<p>Deux verres unifocaux (verres simples)</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p>
B	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</p>
C	<p>Verre unifocal (verre complexe)</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;</p> <p>Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</p> <p>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</p>
D	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</p>
E	<p>Équipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</p>
F	<p>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;</p> <p>Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

Ces soins et prothèses sont pris en charge intégralement au titre du contrat de base auquel est lié le présent contrat. En conséquence, dans le cadre du contrat surcomplémentaire, aucune prestation ne sera versée pour cet équipement, y compris en cas de dépassement des honoraires limites de facturation par le chirurgien-dentiste.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Les honoraires limites de facturation sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre du contrat de base.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100 % SANTÉ	PANIER HONORAIRES MAÎTRISÉS	PANIER HONORAIRES LIBRES
Couronne métallique Couronne céramique- monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire Couronne céramique- monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire	Couronne céramique- monolithique (hors zircone) sur 2 ^e prémolaire et molaire Couronne céramique- monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Orthodontie remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites des dispositions mentionnées au certificat d'adhésion.

Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

ARTICLE 25 – Montant des prestations

Le montant des prestations pour chaque acte est défini sur le tableau de prestations.

Les prestations versées par l'Institution ou par le gestionnaire viennent en complément des prises en charge de la Sécurité sociale et le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

ARTICLE 26 – Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits. Ce paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du Participant. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

DOCUMENTS NECESSAIRES AU REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Le Participant doit également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Institution et/ou le gestionnaire peuvent demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

NATURE DES FRAIS	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste • Consultation ou acte de spécialiste 	<p>Décomptes originaux délivrés par l'Assurance Maladie ;</p> <p>Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires</p>
Hospitalisation	<p>Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire</p> <p>Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins.</p>
Prothèses dentaires	<p>Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués</p> <p>Décompte original de la Sécurité sociale</p>
Orthodontie	<p>Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre.</p> <p>Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale</p>
Implantologie	Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.
Optique	<p>Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans • 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans • 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. <p>Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans • 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. <p>En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale initiale • Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.
Médecine douce : Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie (seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien.

Médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie • Facture originale détaillée et acquittée

ARTICLE 27 – Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Institution ou le gestionnaire peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Institution ou le gestionnaire règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à la charge du Participant, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

ARTICLE 28 – Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur du ticket modérateur et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé.

ARTICLE 29 – Modifications des prestations

L'Institution peut modifier les prestations en cas de modifications législatives ou réglementaires. Ces modifications doivent être notifiées à l'Adhérente avant leur entrée en vigueur.

Ces modifications s'appliquent aux seuls frais engagés postérieurement à l'entrée en vigueur de l'avenant.

L'Adhérente peut refuser ces modifications et résilier le contrat selon les conditions prévues à l'article 14. La résiliation prendra effet à la date d'entrée en vigueur des nouvelles garanties.

ARTICLE 30 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

ARTICLE 31 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit pour ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 32 – Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

ARTICLE 33 – Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Si le Participant conteste les conclusions du médecin mandaté par l'Institution relatives à son état de santé, il peut se faire assister de son médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les deux médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du Tribunal Judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

ARTICLE 34 – Événements exclus

Les dépenses suivantes ne sont pas couvertes par la garantie de l'Institution (sous réserve de la prise en charge minimale du ticket modérateur prévue par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- en cas d'hospitalisation, toutes les dépenses supplémentaires non prises en charge par la Sécurité sociale liées aux frais médicaux, chirurgicaux, de séjour et de confort (télévision, téléphone, boissons...);
- les séjours en sanatorium, préventorium ou aérarium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

TITRE 2 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES

PARTIE 1 – Taux de cotisations

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du PMSS et s'élèvent à :

RÉGIME GÉNÉRAL et REGIME ALSACE/MOSELLE		
Adhésion obligatoire	Couverture à titre facultatif des ayants droit	
Salarié	Conjoint	Enfant*
+0,21 %	+ 0,22%	+0,13 %

*Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

Ces cotisations s'ajoutent à celles du contrat de base conventionnelle obligatoire.
La cotisation des ayants droit est prélevée sur le compte bancaire du salarié.

PARTIE 2 – Tableaux des prestations

Les prestations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit auprès de KLESIA Prévoyance au titre du contrat conventionnel obligatoire de base et auprès d'autres organismes.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS en complément du régime conventionnel de base
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations et visites de médecins spécialistes :	
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 100% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)	
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 100% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 70% de la BR
HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 100% de la BR
AUTRES PRESTATIONS	
Chambre particulière par jour (y compris maternité dans la limite de 5 jours)	+ 1% du PMSS
Frais d'accompagnant par jour, moins de 16 ans	+ 0,5% du PMSS
DENTAIRE	
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE	
Implantologie (pilier + implant) / limité à 3 implants / bénéficiaire / an	+ 5% du PMSS
PROTHESES	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	+ 150% de la BR
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	+ 150% de la BR
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	+ 100% de la BR
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	
Grille optique	Hors monture
Verre simple	+ 35 € par verre
Verre complexe	+ 50 € par verre
CHIRURGIE RÉFRACTIVE non remboursée par la Sécurité sociale	+ 250 € par an / par bénéficiaire / par œil
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE	
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale (Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Sophrologie)	+ 10 €/séance + une séance par an par bénéficiaire
Pilule contraceptive prescrite et non remboursée par la SS	+ 30 € par an par bénéficiaire
DIVERS	
PSYCHOLOGIE ET PSYCHOMOTRICITE	+ 10 €/séance + une séance par an par bénéficiaire

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) / **SS :** Sécurité sociale / **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR :** Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale :** Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation :** Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique:** Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

KLESIA Pro vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Nos solutions sont réalisées avec les représentants de votre secteur d'activité, et ce, sans but lucratif. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement adapté à votre situation, pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

KLESIA Pro s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.



**Retrouvez toutes les informations vous
concernant dans votre espace personnel
klesia.fr**

Et rejoignez-nous sur

