

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions de la 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 ?

Le contrat MA SANTÉ KLESIA MUT' 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.

Ce contrat respecte les exigences relatives aux contrats dits « responsables » et « solidaires ».



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 et visites de médecins généralistes et spécialistes ; Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux ; Auxiliaires médicaux ; Actes d'imagerie ; Analyses et examens de laboratoire ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; 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 ; Participation forfaitaire pour les actes lourds et forfait patient urgences ; Chambre particulière y compris en ambulatoire ; Frais d'accompagnant adulte de plus de 65 ans et enfant de moins de 12 ans

✓ OPTIQUE

Équipement 100% santé ; Verres ; Monture ; Lentilles remboursées par la Sécurité sociale

✓ DENTAIRE

Soins dentaires ; Soins et prothèses 100 % santé ; Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale ; Parodontologie ; Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % Santé ; Aide auditive remboursée par la Sécurité Sociale ; Petits accessoires (piles...) remboursés par la Sécurité sociale

✓ DIVERS

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale ; Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale ; Chambre particulière naissance/adoption

Selon la garantie choisie :

Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ; Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ; Chirurgie réfractive ; Implantologie ; Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale ; Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale ; Forfait prévention : Tests de dépistage et autotests, forfait global vaccins, densitométrie osseuse ; Sevrages tabagiques ; Forfait maternité/adoption

✓ Service :

- Assistance



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat MA SANTÉ KLESIA MUT' ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus au tableau de garanties
- ✗ En cas de résiliation d'une garantie frais de santé supérieure à 3 mois à la date d'adhésion, la prise en charge des frais suivants est limitée au ticket modérateur pendant les 6 premiers mois de l'adhésion :
 - Les honoraires et les frais de séjour en hospitalisation
 - Les frais de sanatorium, préventorium, aérium
 - Les soins dentaires,
 - Les prothèses dentaires ou autres (sauf prothèses dentaires et aides auditives 100 % santé)
 - Les traitements orthodontiques
 - Les équipements optique (sauf équipements 100 % santé)
 - Lentilles
 - La chambre particulière



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

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)

Les principales exclusions de votre contrat :

Sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion, ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par la Mutuelle :

- ! Les actes hors nomenclature,
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale,
- ! Les frais entrants dans le cadre de l'action sanitaire et sociale,
- ! Les interventions et soins esthétiques, sauf s'ils sont la conséquence d'un événement garanti et sont pris en charge par la Sécurité sociale,
- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux,
- ! La chambre particulière en psychiatrie.



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

Lors de l'adhésion au contrat, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle :

- les pièces nécessaires au paiement des cotisations et au remboursement des prestations (RIB, mandat de prélèvement SEPA)
- une copie de son attestation Vitale et de celle(s) de chaque personne bénéficiaire,
- le devoir de conseil signé
- Le certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite et résiliée depuis moins de 3 mois pour ne pas se voir appliquer le délai de carence défini à dans l'encart « Qu'est-ce qui n'est pas assuré ? »,

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, pourront être demandés :

- 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 de la carte d'invalidité civil ou de la carte mobilité inclusion.

▪ En cours d'adhésion

L'adhérent doit informer la Mutuelle de tout changement de nom, de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel, soit par paiement par carte bancaire.



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

La date d'effet de l'adhésion au contrat est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

L'adhérent peut demander le remboursement des frais de santé engagés à partir de cette date.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent 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'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. La résiliation sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de production d'une attestation de l'employeur précisant l'obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de l'entreprise, à tout moment. Dans ce cas, la résiliation prend effet à la date d'adhésion au régime collectif de l'entreprise, sous réserve d'en avoir informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. À défaut, la résiliation prendra effet au premier jour du mois de réception de la notification.
- En cas de refus de la modification du contrat par la Mutuelle (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.