

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 ?

HCR Santé est un contrat d'assurance collectif frais de santé à adhésion obligatoire, souscrit auprès de KLESIA Prévoyance par une entreprise au profit du personnel relevant de la branche Hôtels Cafés Restaurants ayant pour objet d'assurer aux bénéficiaires le remboursement de tout ou partie des frais de santé pris en charge par le régime général de la Sécurité sociale.

Le contrat respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 ; Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques ; Forfait journalier hospitalier ; Forfait patient urgences ; Frais et honoraires chirurgicaux ; Chambre particulière ; Lit d'accompagnant ; Maternité ;

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ; Soins dentaires ; Prothèses dentaires ; Orthodontie ; Implantologie

✓ AIDES AUDITIVES

Équipements 100 % Santé ; Prothèses auditives de Classe II ; Accessoires et fournitures

✓ SOINS COURANTS

Honoraires de généralistes et spécialistes ; Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, et Actes techniques médicaux ; Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques ; Imagerie médicale, radiologie, échographie ; Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques à visée thérapeutique remboursés par la Sécurité sociale ; Auxiliaires médicaux ; Analyses médicales ; Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Tous moyens de contraception sur prescription médicale non remboursés par la Sécurité sociale ; Sevrage tabagique ; Honoraires de dispensation du pharmacien y compris la vaccination antigrippale ; Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale ; Frais de transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale ; Médecine additionnelle et de prévention (Ostéopathe, acupuncture, pédicurie-podologie...) ; Séances d'accompagnement psychologiques réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale ; Prise en charge des actes de prévention en application de l'art. R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

✓ OPTIQUES

Équipement 100 % Santé ; Verres + Montures ; Lentilles ; Prestation d'adaptation des verres par l'opticien

✓ ASSISTANCE

✓ TELECONSULTATION

✓ SECOND AVIS MEDICAL

✓ RESEAU DE SOINS

Selon la garantie choisie :

Procréation médicale assistée / Fécondation In Vitro ; Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ; Diététicien, psychologue, psychomotricien ; Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ce contrat ne rembourse pas :

- ✗ La participation forfaitaire et les franchises annuelles.
- ✗ La majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de consultations ou visites d'un médecin effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant), en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités.
- ✗ Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).
- ✗ Les actes n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Pour les contrats complémentaire et surcomplémentaire santé
Principales restrictions relatives au caractère responsable des contrats :

- ! Participation forfaitaire sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! Franchise sur les transports sanitaires.
- ! Franchise sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/ absence de médecin traitant).

Autres restrictions prévues aux contrats :

- ! Optique : délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).
- ! Honoraires médicaux : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Aide auditive : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.
- ! Chirurgie réfractive : prise en charge limitée par an.



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.

Les dépenses engagées à l'étranger seront remboursées à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

L'Entreprise doit entrer dans le champ d'application de la Convention collective nationale des Hôtels Cafés Restaurants 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,

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, arrêt de travail...) ainsi que le salaire brut de chaque assuré affilié au contrat, ventilé par tranches soumises à cotisations sociales.

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.

Il appartient à l'Entreprise Adhérente :

- de remettre à chaque Participant la notice d'information ;
- 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 payables trimestriellement à terme échu dans les 15 premiers jours de chaque trimestre civil.



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

• Début du contrat

Pour les salariés, les garanties prennent effet à la date d'affiliation, c'est-à-dire, selon le cas :

- à la date d'embauche ;
- à la date à laquelle l'assuré cesse de bénéficier d'une dispense d'affiliation.

• Fin du contrat

Les garanties cessent pour chaque assuré au dernier jour du mois au cours duquel survient l'un des évènements suivants :

- sortie de la catégorie du personnel assurée (la sortie au titre du contrat complémentaire, entraîne la sortie au titre du contrat surcomplémentaire)
- cessation ou rupture du contrat de travail ;
- résiliation du contrat d'assurance souscrit par l'entreprise.



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'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 l'Institution en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus 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.