

Assureur : KLESIA Prévoyance

Produit : FRAIS DE SANTÉ DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE EXTRAHOSPITALIERS

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 ?

Ce produit 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 et visites de médecins généralistes et spécialistes ; 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 ; Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale

✓ HOSPITALISATION

Honoraires ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Chambre particulière par jour ; Frais d'accompagnement ; Forfait acte lourd

✓ DENTAIRE

Équipement « 100 % Santé » ; Soins dentaires ; Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale ; Actes prothétiques ; Parodontologie ; Orthodontie ; Prothèses dentaires

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % Santé » ; Verres ; Monture ; Prestation d'adaptation ; Lentilles correctrices ; Chirurgie de la vision

✓ AIDE AUDITIVE

Équipement « 100 % Santé » ; Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale

✓ PREVENTION ET MEDECINE DOUCE

Forfait global médecine douce ; Diététique ; Forfait global vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ; Sevrage tabagique prescrit et non remboursé par la Sécurité sociale ; Densitométrie osseuse prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale

✓ DIVERS

Cures thermales Honoraires ; Cures thermales Transport et hébergement ; Chambre particulière par jour naissance, adoption ; Forfait naissance, adoption ; Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ ASSISTANCE

✓ RESEAU DE SOIN



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat Frais de santé des laboratoires de biologie médicale extrahospitaliers 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 sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise 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.



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

L'Entreprise doit adresser à l'organisme assureur les pièces suivantes :

- Un bulletin d'adhésion au contrat Frais de santé dûment signé par un représentant habilité, sur lequel il indique notamment, la ou les catégorie (s) de personnel à assurer ainsi que les garanties souhaitées,
- la liste nominative des salariés bénéficiaires affiliés au régime général de la Sécurité sociale française y compris les dispositions spécifiques des départements de la Moselle (57), du Bas Rhin (67) et du Haut Rhin (68) ; en indiquant le cas échéant ceux dont le contrat de travail est suspendu, le motif de la suspension et s'ils sont indemnisés ou non par l'employeur ou par la Sécurité sociale,
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue à l'Article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien,
- les bulletins individuels d'affiliation des salariés à assurer, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives.

▪ En cours de contrat,

L'Entreprise s'engage à informer immédiatement l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou d'opération juridique (fusion, cession, scission, location-gérance...) ainsi que tout élément susceptible d'entraîner une modification de la nature ou de l'importance des garanties.

L'Entreprise Adhérente transmet au moins trimestriellement à l'Institution la liste des nouveaux salariés, dès leur entrée dans la catégorie assurée.

L'Adhérente doit également informer l'Institution des changements de situation du personnel, préciser la date et les motifs de ces changements de situation (maladie, retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant sa cause...) et si besoin restituer la carte Santé Pharma du Participant.

À la fin de chaque année civile, l'Entreprise Adhérente transmet à l'Institution un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif.

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 ?

La cotisation est annuelle et son paiement est fractionné trimestriellement à terme échu. La date d'exigibilité est fixée au premier jour du trimestre civil suivant la période couverte. Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date.



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'admission. 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 ?

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.