

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA PREVOYANCE

Produit : REGIME CONVENTIONNEL FRAIS DE SANTE D'AERAUQUE, THERMIQUE ET FRIGORIFIQUE(MATERIEL) : Installation, entretien, réparation et dépannage

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 régime conventionnel Frais de Santé 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 (SS). Il respecte le contrat responsable ainsi que les obligations conventionnelles de la CCN d'Aéroulique, Thermique et Frigorifique (matériel) : Installation, entretien, réparation et dépannage.



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
- Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoires
- Chambre particulière
- Forfait hospitalier
- Lit d'accompagnement
- Forfait acte lourd

✓ PRATIQUE MEDICALE COURANTE

- Consultations et visites de médecins généralistes/spécialistes
- Consultation, visite d'un Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue
- Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement
- Actes techniques médicaux
- Radiologie, imagerie médicale, échographie, frais d'analyse et de laboratoire et Ostéodensitométrie prise en charge par la SS

✓ PHARMACIE

- Frais pharmaceutiques remboursés par la SS

✓ TRANSPORT pris en charge par la Sécurité Sociale

✓ DENTAIRE

- Soins dentaires
- Prothèses dentaires prises en charge ou non par la SS
- Inlay-core / Inlay-core à clavette
- Appareil dentaire 1 à 3 dents
- Appareil dentaire complet (14 dents)
- Bridge de 3 éléments
- Orthodontie prise en charge ou non par la SS

✓ OPTIQUE

- Verres
- Monture
- Lentilles de contact

- APPAREILLAGE

- Orthopédie et autres prothèses
- Prothèses auditives

✓ ASSISTANCE (IMA)

✓ RESEAU DE SOINS ITELIS (optique et Dentaire)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le régime conventionnel Frais de Santé CCN du FROID 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 »

(Sauf pour le niveau de prestations de l'option « Kelvin » qui n'est pas en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits responsables) :

- ! Les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la garantie.
- ! La franchise mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- ! La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- ! La majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;
- ! La majoration du ticket modérateur applicable aux actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.1115 du Code de la santé publique) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- ! Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- ! De manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

▪ Exclusions autres :

- ! Actes non pris en charge par le régime obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par le régime obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie.
- ! Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

Selon la garantie choisie :

- Ostéopathie
- Acupuncture
- Chiropractie
- Vaccins refusés (grippe, hépatite, fièvre jaune)
- Implant dentaire
- Kératotomie (traitement laser de la myopie)
- Maternité/Adoption
- Cures thermales, remboursées par la SS (forfait)
- Pack prévention :
 - o Forfait addiction
 - o Bilan nutritionnel
 - o Traitement Blanchiment des dents
 - o Contraception
 - o Allocation maternité
 - o Prévention réglementaire

d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

- ! Les actes hors nomenclature ;
- ! 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 régime Frais de santé optionnel 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 devra informer l'Assureur le cas échéant :

- de toute modification d'adresse, de raison sociale ou opération juridique (fusion, scission, location gérance...),
- 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, plaçant l'Entreprise en dehors du champ d'application de ladite convention collective.
- de tout mouvement de personnel en indiquant les noms, prénoms et numéros de Sécurité sociale des personnes concernées
- à la fin de chaque année civile, l'Entreprise transmet à la Mutuelle un état récapitulatif du personnel assuré, précisant les mouvements intervenus, leur date et leur motif, ainsi que le relevé des salaires retenus chaque année pour le calcul de l'assiette des cotisations de la Sécurité sociale.

Il appartient à l'Entreprise 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 ?

La cotisation est annuelle, elle est payable mensuellement ou trimestriellement.

Pour les options, elle peut être prélevée directement sur le compte bancaire du salarié mensuellement ou trimestriellement.



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 ?

L'adhésion au contrat d'assurance collective de Frais de santé peut être résiliée avec effet au 31 décembre de chaque exercice, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de deux mois.