

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 contrat KLESIA SANTÉ KLÉ 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 ».



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

✓ HOSPITALISATION

Honoraires ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Participation forfaitaire pour les actes lourds ; Chambre particulière y compris en ambulatoire ; Frais d'accompagnement 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

✓ Services :

- Assistance IMA Assurances
- Réseau de soins SANTECLAIR
- Plateforme SANTECLAIR (coaching nutrition, 2^{ème} avis médicale...) et Médecin Direct (téléconsultation)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat KLESIA SANTÉ KLÉ 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, les frais suivants ne sont pas pris en charge 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

Pendant le délai de carence, la prise en charge du ticket modérateur est assurée.



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, doivent également être fournis :

- 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 au plus tard le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, soit par chèque.



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

La date d'effet de l'adhésion est fixée :

- au premier jour du mois en cours, si la demande d'adhésion est reçue entre le 1er et le 15 du mois,
- au premier jour du mois suivant, si la demande d'adhésion est reçue entre le 16 et le 31 du mois.

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 année.



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 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.