

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : KLESIA Mut'

Produit : MA SANTÉ KLESIA MUT'- Formules Incontournable et Indispensable

KLESIA
Mut'

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 ne respecte pas 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 ; 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 ; Forfait patient urgences

✓ DENTAIRE

Soins dentaires

✓ DIVERS

Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ SERVICE

Assistance

Inclus en plus dans la garantie Indispensable :

Chambre particulière y compris en ambulatoire ; Frais d'accompagnant adulte de plus de 65 ans et enfant de moins de 12 ans ; Soins et prothèses dentaires 100 % santé ; Actes prothétiques dentaires remboursés par la Sécurité sociale ; Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale ; Forfait global médecine douce (Ostéopathie, Diététique, Pédicure Podologie)



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



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

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, le membre participant 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

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'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion.

▪ En cours d'adhésion

Le membre participant 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 ?

Le membre participant peut résilier son affiliation par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- acte extrajudiciaire ;
- communication à distance lorsque l'organisme le propose pour l'affiliation.

Cette résiliation peut intervenir :

- au 1er janvier de chaque année, à l'échéance du contrat, avec un délai de prévenance d'au moins 2 mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de sa première affiliation, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de son affiliation en lui précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ;
- à tout moment, si le membre participant produit une attestation de son employeur précisant son obligation d'adhérer au contrat collectif obligatoire de son entreprise. La Mutuelle se réserve le droit de demander un justificatif. Dans ce cas, la résiliation prend effet à la date de son affiliation au contrat collectif de son entreprise, sous réserve qu'il en ait informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de contrat. À défaut, la résiliation prendra effet au premier jour du mois de réception de la notification ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, le membre participant peut refuser la modification du contrat par la Mutuelle 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.