

KLESIA RYTHMA SANTÉ NOTICE D'INFORMATION

Édition avril 2018

ARTICLE 1

QUEL EST L'OBJET DE KLESIA RYTHMA SANTÉ ?

KLESIA RYTHMA SANTÉ est une assurance complémentaire santé qui propose, aux assurés et à leurs ayants droit, plusieurs options de remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie ou un accident.

ARTICLE 2

QUELLE EST LA FORME JURIDIQUE DE KLESIA RYTHMA SANTÉ ?

KLESIA RYTHMA SANTÉ prend la forme de deux contrats collectifs à adhésion facultative régis par le Code de la Mutualité.

Ces contrats sont conclus entre :

- d'une part, le souscripteur, l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK », association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS,
- d'autre part, KLESIA Mut', immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris.

Les assurés à KLESIA RYTHMA SANTÉ adhèrent individuellement à l'APGK et sont regroupés au sein de la Mutuelle, dans la section des membres participants par adhésion à un contrat collectif facultatif souscrit par l'APGK auprès KLESIA Mut'.

Les formalités pratiques d'adhésion sont précisées à l'article 10.

ARTICLE 3

COMMENT S'ARTICULE KLESIA RYTHMA SANTÉ ?

Les contrats KLESIA RYTHMA SANTÉ sont constitués de six formules.

ARTICLE 4

À QUI S'ADRESSE KLESIA RYTHMA SANTÉ ?

Vous pouvez adhérer à KLESIA RYTHMA SANTÉ et vous pouvez également en faire bénéficier vos ayants droit, tels que définis ci-dessous :

- votre conjoint, concubin ou titulaire d'un PACS,

- vos enfants, ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, âgés de :
 - moins de 18 ans,
 - moins de 21 ans s'ils poursuivent leurs études,
 - moins de 28 ans s'ils justifient d'une inscription au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou s'ils sont atteints d'un handicap les empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunérée.

Pour bénéficier de KLESIA RYTHMA SANTÉ, vous (l'Assuré principal) devez, ainsi que les autres bénéficiaires, relever d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française.

ARTICLE 5

QUELLES SONT LES BASES DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ?

Vous optez pour l'une des formules de KLESIA RYTHMA SANTÉ présentées en annexes.

Les prestations énoncées dans la formule choisie sont garanties pour tous les assurés relevant de votre adhésion étant entendu que :

- la garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française,
- la base de remboursement ainsi que le ticket modérateur sont ceux du régime général de la Sécurité sociale française,
- les remboursements KLESIA RYTHMA SANTÉ sont toujours limités aux frais réels engagés. Ils sont calculés après déduction des prestations versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Toutefois, pendant les 6 premiers mois qui suivent votre adhésion, si vous ne produisez pas un certificat de radiation justifiant une date de résiliation à une précédente garantie santé, inférieure à 3 mois à compter de la date d'effet de la demande d'adhésion à KLESIA RYTHMA SANTÉ :

- le remboursement des frais de séjour, d'hospitalisation (honoraires), de sanatorium, préventorium, aérium, de soins dentaires et prothèses (dentaires ou autres), de traitements orthodontiques, de montures et verres de lunettes, et de lentilles de contact est limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur,
- la chambre particulière n'est pas prise en charge.

Les garanties frais de santé des cinq formules ECO, F100, F150, F200 et F 250 sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets et arrêtés pris pour son application.

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale n'est prise en charge. Il en sera de même lorsque le patient n'autorisera pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale de janvier 2005 pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle s'engage à respecter les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

La formule ALEAS ne répond pas aux exigences posées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables » ou « aidés » et les décrets et arrêtés pris pour son application.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin que vous consultez adhère ou non aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : CAS (contrat d'accès aux soins), OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée sont des contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires.

Optique

La prise en charge de vos lunettes est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans pour les adultes et par période d'un an pour les mineurs.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de votre vue, la période de 2 ans est réduite à un an.

L'évolution de la vue doit être justifiée, soit par une prescription médicale précisant le changement de correction, soit par le devis ou la facture de l'opticien précisant la nouvelle correction en cas de renouvellement des lunettes par ce dernier.

Les périodes de 2 ans pour les adultes et d'un an pour les mineurs sont fixes. Elles commencent à compter de la date d'achat de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Lorsque vous effectuez des demandes de remboursement de votre équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (adultes) ou un an après (mineurs).

Si vous présentez un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvez ou ne souhaitez pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Plafond dentaire

Votre contrat prévoit un plafond dentaire de 2500 euros maximum par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond correspond au montant maximum qui sera remboursé chaque année civile pour les dépenses de prothèses dentaires et d'implants de chaque bénéficiaire.

Une fois le plafond dentaire atteint, le contrat rembourse uniquement le ticket modérateur.

Parodontologie

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre les dépenses de parodontologie remboursée ou non remboursée par la Sécurité sociale.

Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale

Le forfait éventuellement prévu dans votre contrat couvre uniquement des produits prescrit par un médecin.

Concernant le sevrage tabagique, les frais en rapport avec les cigarettes électroniques ne sont pas remboursés.

Prothèses auditives

Le remboursement est limité à 2 appareils tous les 4 ans.

ARTICLE 6

COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?

Dans la mesure où vous relevez du régime général de la Sécurité sociale, vous bénéficiez, si vous le souhaitez, des technologies de télétransmission NOEMIE en vigueur entre les centres de Sécurité sociale et les organismes complémentaires.

La Sécurité sociale vous adresse le décompte (que vous conservez) correspondant aux opérations réalisées et transmet directement à votre Mutuelle les données équivalentes.

Votre Mutuelle procède alors au virement des sommes qui lui incombent sur le compte bancaire (en France) que vous avez désigné et vous adresse un récapitulatif périodique des remboursements. Sauf décision contraire de votre part, notifiée par lettre, cette procédure s'applique automatiquement.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE

Vous devez notifier votre refus par lettre. Vous devrez alors adresser vous-même les décomptes de remboursement originaux, reçus de la Sécurité sociale, à votre Mutuelle.

Dans tous les cas, vous devrez justifier des dépenses réelles engagées pour les frais dentaires, optiques, orthopédiques, acoustiques et cures thermales par une facture détaillée acquittée et, le cas échéant, les notifications de refus de prise en charge de la Sécurité sociale.

Attention : le versement de prestations effectué par votre Mutuelle, même à plusieurs reprises, ne peut en aucun cas constituer une renonciation aux restrictions ou exclusions des garanties prévues.

ARTICLE 7

QUELS SONT LES SOINS NON COUVERTS ?

KLESIA RYTHMA SANTÉ ne rembourse pas :

- les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité sociale (sauf exceptions précisées, en annexe, dans le tableau des garanties),
- les interventions et soins esthétiques, sauf s'ils sont la conséquence d'un événement garanti et sont pris en charge par la Sécurité sociale,
- la chambre particulière en psychiatrie.

ARTICLE 8

AVEC KLESIA RYTHMA SANTÉ BÉNÉFICIE-T-ON DU TIERS-PAYANT ?

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'assuré peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des soins remboursés par la Sécurité sociale, au moins à hauteur du ticket modérateur, si le professionnel de santé le propose.

En outre, il peut bénéficier, en fonction des garanties souscrites, d'un tiers payant à hauteur de la totalité de la garantie auprès de certains professionnels de santé ayant signé la convention nationale SP santé.

ARTICLE 9

AVEC KLESIA RYTHMA SANTÉ BÉNÉFICIE-T-ON DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ?

Vous pouvez bénéficier d'une prise en charge pour les hospitalisations médicales et chirurgicales en faisant une demande préalable à votre Mutuelle en indiquant :

- la personne concernée,
- les nom et adresse de l'établissement et le service d'hospitalisation,
- la date d'entrée.

ARTICLE 10

COMMENT ADHÉRER KLESIA RYTHMA SANTÉ ?

Vous souscrivez à KLESIA RYTHMA SANTÉ sans aucune formalité médicale.

Il vous suffit :

- de compléter une demande d'adhésion en précisant les personnes à assurer ainsi que la garantie choisie qui s'applique à toutes les personnes désignées,
- de joindre à votre demande :
 - les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au paiement de vos prestations (Relevé d'Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA...),
 - le certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite pour ne pas se voir appliquer le délai de carence défini à l'article 5,
 - la photocopie de vos droits à la Sécurité sociale, ainsi que celle de votre conjoint et de vos éventuels enfants à charge s'ils adhèrent.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de votre attestation Vitale et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du conjoint lié par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du

Tribunal d'Instance du domicile du Participant ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun.

Pour la couverture du concubin, le décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun (titre de propriété, avis d'imposition, quittance de loyer, assurance du logement, factures de gaz, électricité, téléphone, etc.).

Pour la couverture des enfants, selon le cas :

- un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études ;
- pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné ;
- une copie de la carte d'invalidé civil.

ARTICLE 11

COMBIEN COÛTE KLESIA RYTHMA SANTÉ ? COMMENT EFFECTUER LE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Votre cotisation est fixée chaque année, en fonction des comptes techniques et de leur évolution prévisible, par accord entre l'APGK et KLESIA Mut' constaté par avenants aux contrats collectifs. Les avenants s'appliquent à toutes les cotisations dues à partir de leurs dates d'effet.

Les cotisations sont fixées pour chaque exercice civil en fonction de votre âge atteint calculé par différence de millésimes et en fonction de votre lieu de résidence, selon le barème en vigueur.

Toute modification de prise en charge par la Sécurité sociale, toute nouvelle disposition réglementaire ou législative ayant pour conséquence une majoration des remboursements à la charge de votre Mutuelle peut entraîner une révision des tarifs à effet immédiat.

Vous serez informé de toute augmentation de cotisation ainsi décidée par l'envoi d'un échéancier établi à cet effet. Vous pourrez dénoncer votre adhésion en raison de cette modification (à effet de la date d'augmentation) dans le délai d'un mois à compter de la remise de l'échéancier.

Païement des cotisations

Vos cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, soit par chèque. Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les droits d'adhésion annuels à l'APGK s'ajoutent aux cotisations KLESIA RYTHMA SANTÉ. Ces frais sont précisés sur la demande d'adhésion.

Si une période de réduction de la cotisation est appliquée pendant 4 mois, elle n'est acquise qu'à condition que les cotisations appelées au titre de la période de l'année (soit le 10 du mois) intervenant postérieurement au délai de réduction soient effectivement payées. En cas de résiliation anticipée, le montant correspondant aux 4 mois de cotisation réduite sera alors réclamé à l'adhérent par la Mutuelle.

ARTICLE 12

QUELLE EST LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ?

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

- au premier jour du mois en cours si votre demande d'adhésion est reçue entre le 1^{er} et le 15 du mois,

- au premier jour du mois suivant si votre demande d'adhésion est reçue entre le 16 et le 31 du mois.

Vous pouvez demander le remboursement de vos frais de santé engagés à partir de cette date d'effet.

Vous êtes garanti aussi longtemps que vous payez vos cotisations et vous seul pouvez résilier votre adhésion, sauf résiliation collective du contrat dans les conditions définies à l'article 18 ou en application des stipulations de l'article 15.

ARTICLE 13

PEUT-ON CHANGER DE FORMULE ?

Vous pouvez changer de formule au 1er janvier de chaque année, avec un préavis de deux mois à condition d'avoir gardé au moins un an la garantie souscrite au jour de l'adhésion.

Votre demande de changement de formule est subordonnée à l'acceptation de votre Mutuelle. Le changement de formule ou de module est valable au minimum pour une période d'un an.

ARTICLE 14

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ ?

Changement dans la situation des bénéficiaires

L'adhérent doit informer la Mutuelle de tout changement le concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est ainsi notamment en cas de changement :

- de nom,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets),

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du contrat et sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle.

Ajout d'un ayant droit

L'adhérent a la possibilité d'ajouter un bénéficiaire si ce dernier répond à la définition de l'ayant droit figurant à l'article 3. La modification est prise en compte le premier jour du mois suivant la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'adhérent sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle. Néanmoins, si cet ajout fait suite à un mariage, à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, la modification prendra effet au jour de l'événement sous réserve que la demande soit faite moins de deux mois après cette date ; passé ce délai, elle prendra effet le jour de réception de la demande par la Mutuelle.

Radiation d'un ayant droit

La modification est prise en compte le jour de la réception de la demande effectuée par l'adhérent ou à une date ultérieure choisie par lui, sous réserve de l'acceptation expresse de la Mutuelle et de la restitution de l'attestation de tiers-payant en cours de validité.

ARTICLE 15

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RENONCIATION ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans les 30 jours qui suivent la date figurant sur le courrier accompagnant le certificat d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception (rédigée sur la base du modèle ci-après) adressée à KLESIA Mut'.

Modèle de courrier

*« Monsieur le Directeur,
Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, j'exerce la faculté de renonciation et je demande le remboursement intégral des sommes versées.
Date, signature et référence du contrat. »*

En cas de renonciation, votre versement vous sera intégralement remboursé dans les 30 jours suivant la réception de votre courrier. En cas de règlement de prestations entre la date d'effet et la date de renonciation, la Mutuelle est en droit d'exiger le Remboursement des sommes réglées.

ARTICLE 16

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ?

Résiliation volontaire de l'assuré

Vous pouvez résilier votre adhésion au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.

Néanmoins, votre résiliation volontaire peut être acceptée à tout moment si vous produisez une attestation de votre employeur précisant votre obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de votre entreprise. La mutuelle se réserve le droit de vous demander un justificatif.

La résiliation prend effet à la date de votre adhésion au régime collectif de l'entreprise sous réserve que vous ayez informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. À défaut la résiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois de réception de la notification.

Résiliation pour non-paiement de la cotisation

Vous devez vous acquitter de votre cotisation dans les 10 jours de son échéance, sous peine d'exclusion de la Mutuelle. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de votre cotisation entraînera la résiliation de votre adhésion.

Cette résiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous aurez versées antérieurement.

Réticence et fausses déclarations

La garantie qui vous est accordée par votre Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par la Mutuelle, même si le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Une omission ou

fausse déclaration de votre part, dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue à la demande d'adhésion et au contrat.

Si la réticence ou fausse déclaration intentionnelle est constatée avant toute déclaration de dépense de santé, votre Mutuelle a le droit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de cotisation soumise à votre accord.

À défaut d'accord, la résiliation du contrat prend effet dix jours après vous avoir été notifiée par lettre recommandée. Dans ce cas, la Mutuelle restitue la part de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après déclaration de dépense de santé, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 17

CONTRÔLE MÉDICAL

Pour toute demande de prestation, la Mutuelle se réserve le droit de demander tous renseignements médicaux complémentaires et de faire procéder à des examens par son médecin-conseil, les honoraires étant à la charge de la Mutuelle.

L'assuré principal ou le bénéficiaire concerné s'engage à se soumettre à cet examen. Il peut, s'il le souhaite, se faire assister à ses frais par le médecin de son choix et doit (sauf impossibilité justifiée), fournir au médecin conseil de la Mutuelle les renseignements demandés et lui indiquer la nature de la maladie traitée.

ARTICLE 18

QUELLES SONT LES CONDITIONS DE RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF ?

Les présents contrats conclus entre l'APGK et KLESIA Mut' se renouvellent par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Ils sont résiliables au 31 décembre de chaque année à la demande de l'APGK, par lettre recommandée avec avis de réception, avec un préavis de 2 mois. L'APGK procédera à toute démarche auprès des assurés concernés pour leur proposer individuellement d'adhérer à un nouveau contrat sans formalité médicale, de manière à assurer une continuité dans la couverture des risques.

ARTICLE 19

COMMUNICATION - RECOURS

Droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition

Vous êtes protégé par la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés.

Ces droits peuvent être exercés auprès de KLESIA Mut' à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL
CS 30027

93108 MONTREUIL Cedex

ou par mail à l'adresse suivante : info.cnil@klesia.fr.

La demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Réclamation

Pour toute réclamation relative à la bonne exécution du contrat, vous devez vous adresser en priorité :

par courrier : KLESIA Mut' - Service Qualité
184 rue Blaise Pascal - BP 419
07504 GUILHERAND-GRANGES

ou par téléphone : 04 75 60 13 50.

Si un désaccord persistait après réponse de la Mutuelle et sans préjudice de votre droit à agir en justice, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à la Mutuelle, saisir par courrier le Médiateur de la FNMF à l'adresse suivante :

255 rue de Vaugirard - 75015 PARIS.

Les bénéficiaires ainsi que vos ayants droit disposent également de cette possibilité.

ARTICLE 20

QUEL EST LE DÉLAI DE PRESCRIPTION ?

Toute action dérivant de cette adhésion est prescrite par deux ans.

Ce délai commence à courir à compter du jour de l'événement qui donne naissance à cette action.

Vous pouvez interrompre le délai de prescription par une cause ordinaire d'interruption, ainsi que dans les cas ci-après : désignation d'expert, envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 21

SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée dans les droits de l'Assuré à concurrence des droits indemnisés, et dans ses actions contre le tiers Responsable.

ARTICLE 22

QUEL EST L'ORGANISME DE CONTRÔLE ?

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

ANNEXE 1

GARANTIES DU CONTRAT

Les prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme viennent en déduction de celles citées pages suivantes.

| ESSENTIELLES | | | DYNAMIQUES | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| ALEAS | ECO | F100 | F150 | F200 | F250 | | |
| MÉDECINE DE VILLE & PHARMACIE | | | | | | | |
| Consultations et visites de généralistes et spécialistes, actes de spécialité | • Médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR | | |
| | • Médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 100 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | | |
| Analyses médicales | Sécurité sociale | 100 % BR | 125 % BR | 175 % BR | 200 % BR | | |
| Radiologie - Imagerie - Échographie | Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | | |
| Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...) | Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | | |
| Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale | Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | | |
| Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (honoraires, hébergement, traitement et transport) ⁽¹⁾ | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR + 250 € / an | 100 % BR + 350 € / an | | |
| HOSPITALISATION | | | | | | | |
| Franchise de 18 € appliquée aux actes supérieurs à 120 € | Prise en charge | Prise en charge | Prise en charge | Prise en charge | Prise en charge | | |
| Frais de séjour ⁽²⁾ | 125 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | | |
| Honoraires chirurgicaux ⁽²⁾ | • Médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 150 % BR | 150 % BR | 225 % BR | 300 % BR | | |
| | • Médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée | 130 % BR | 130 % BR | 200 % BR | 200 % BR | | |
| Forfait journalier hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | Frais réels | | |
| Chambre particulière (hors psychiatrie) | 36 € / J - Illimité | - | 36 € / J - Illimité | 53 € / J - Illimité | 71 € / J - Illimité | | |
| Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / adulte de plus de 65 ans) | 20 € / J - 15 J / an | - | 20 € / J - 15 J / an | 25 € / J - 15 J / an | 30 € / J - 15 J / an | | |
| Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | | |
| OPTIQUE | | | | | | | |
| Monture ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 50 € | 100 % BR + 50 € | 100 % BR + 65 € | 100 % BR + 80 € | 100 % BR + 100 € | | |
| Verre simple à faible correction ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 25 € / verre | 100 % BR + 25 € / verre | 100 % BR + 55 € / verre | 100 % BR + 70 € / verre | 100 % BR + 85 € / verre | | |
| Forfait par verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries | Sécurité sociale + 100 € / verre | 100 % BR + 100 € / verre | 100 % BR + 130 € / verre | 100 % BR + 170 € / verre | 100 % BR + 225 € / verre | | |
| Verre simple à forte correction ou complexe ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 100 € / verre | 100 % BR + 100 € / verre | 100 % BR + 130 € / verre | 100 % BR + 170 € / verre | 100 % BR + 225 € / verre | | |
| Forfait par verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et par verre multifocal ou progressif | Sécurité sociale + 100 € / verre | 100 % BR + 100 € / verre | 100 % BR + 130 € / verre | 100 % BR + 170 € / verre | 100 % BR + 225 € / verre | | |
| Verre ultra complexe ⁽²⁾ | Sécurité sociale + 100 € / verre | 100 % BR + 100 € / verre | 100 % BR + 130 € / verre | 100 % BR + 170 € / verre | 100 % BR + 225 € / verre | | |
| Forfait pour adulte par verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 et + 8,00 dioptries ou par verre multifocal progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries | Sécurité sociale + 100 € / verre | 100 % BR + 100 € / verre | 100 % BR + 130 € / verre | 100 % BR + 170 € / verre | 100 % BR + 225 € / verre | | |
| Lentilles remboursées on non par la Sécurité sociale (y compris jetables) ⁽¹⁾ | 50 € / an | 100 % BR + 50 € / an | 100 % BR + 75 € / an | 100 % BR + 115 € / an | 100 % BR + 150 € / an | | |
| Chirurgie réfractive (par œil et par bénéficiaire) | - | - | 200 € / œil | 250 € / œil | 300 € / œil | | |

| DENTAIRE | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|------------------|----------|----------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Soins dentaires (détartrage, ...) | | | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Prothèses dentaires | • remboursées par la Sécurité sociale | | 150 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 275 % BR | 275 % BR | 200 % BR | 275 % BR | 350 % BR | 350 % BR |
| | • non remboursées par la Sécurité sociale | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Orthodontie | • remboursée par la Sécurité sociale | | 150 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 275 % BR | 275 % BR | 200 % BR | 275 % BR | 350 % BR | 350 % BR |
| | • non remboursée par la Sécurité sociale | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Implantologie (pilier et implant dentaire) ⁽¹⁾ | | | - | - | - | - | 150 € / an | 250 € / an | 250 € / an | 150 € / an | 250 € / an | 350 € / an | 350 € / an |
| Parodontologie (traitement des gencives, ...) ⁽²⁾ | | | 150 € / an | - | - | 100 € / an | 150 € / an | 250 € / an | 250 € / an | 150 € / an | 250 € / an | 350 € / an | 350 € / an |
| Plafond dentaire (par année civile) ⁽⁴⁾ | | | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € | 2 500 € |
| PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES | | | | | | | | | | | | | |
| Spécialités médicales non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathe, chiropracteur, étioptathe, acupuncteur, pédicure-podologue) | | | - | - | - | - | - | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 3 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 3 par an | 30 € par séance / 3 par an | 30 € par séance / 3 par an |
| Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (dont sevrage tabagique, vaccins antigrippaux / voyages, tests de dépistage) ⁽³⁾ | | | - | - | - | 40 € / an | 80 € / an | 120 € / an | 120 € / an | 80 € / an | 120 € / an | 150 € / an | 150 € / an |
| Nutritionniste (bilan) | | | - | - | - | 30 € par séance / 1 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 1 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 2 par an | 30 € par séance / 2 par an |
| Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale | | | Sécurité sociale | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| PROTHÈSES ET APPAREILLAGES | | | | | | | | | | | | | |
| Appareils auditifs remboursés par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ | | | 150 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR + 80 € / appareil | 100 % BR + 250 € / appareil | 100 % BR + 350 € / appareil | 100 % BR + 450 € / appareil | 100 % BR + 80 € / appareil | 100 % BR + 250 € / appareil | 100 % BR + 350 € / appareil | 100 % BR + 450 € / appareil |
| Forfait piles pour appareils auditifs ⁽¹⁾ | | | 20 € / an | - | - | - | 20 € / an | 25 € / an | 30 € / an | 20 € / an | 25 € / an | 30 € / an | 30 € / an |
| Autres appareillages inscrits à la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾ | | | 150 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR + 150 € / an | 100 % BR + 200 € / an | 100 % BR + 250 € / an | 100 % BR | 100 % BR + 200 € / an | 100 % BR + 250 € / an | 100 % BR + 250 € / an |

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

⁽¹⁾ Forfait annuel maximum (par exercice civil) et par bénéficiaire.

⁽²⁾ Forfait maximum versé pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de deux verres, par période de deux ans (la période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat de l'équipement). Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le forfait s'applique par période de un an.

⁽³⁾ Base de remboursement : dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstruite identique à celle du secteur conventionné.

⁽⁴⁾ Remboursement maximum par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond est un cumul des prothèses dentaires et de l'implantologie. Il ne s'applique pas sur le ticket modérateur lorsque celui-ci est atteint.

⁽⁵⁾ Forfait maximum versé par appareil, dans la limite de deux équipements tous les quatre ans (quatre exercices civils).

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée :

CAS (Contrat d'accès aux soins), OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée),

OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou en euros. Elles intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Les remboursements sont limités aux frais réellement engagés.

Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire et les franchises médicales à la charge de l'assuré et les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés.



KLESIA Mut'
Immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007,
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité,
située 4, rue Georges Picquart 75017 Paris

APGK

Association de Prévoyance du Groupe KLESIA dite « APGK »
Association de souscription régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
située 4 rue Georges Picquart 75017 PARIS