



OFFISSIMA & OFFISSIMA +

Notice d'information

Garanties frais de soins de santé
Contrat collectif à adhésion obligatoire

Salariés non cadres

(Personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention
Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947)

Date d'effet : 1^{er} janvier 2016

Votre employeur a adhéré au contrat collectif à adhésion obligatoire « OFFISSIMA » souscrit par l'Association de Prévoyance du Groupe KLESIA (dite « APGK ») Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège est situé au 4 rue Marie-Georges Picquart, 75017 Paris, auprès de KLESIA S.A., entreprise régie par le Code des assurances.

Ce contrat a pour objet de compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais médicaux et chirurgicaux, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, engagés par les salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée et dûment affiliés, ainsi que par leurs ayants droit dans les conditions et limites définies contractuellement.

La présente notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat « Frais de soins de santé » mis en place, ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir. Il est précisé que ne sont effectivement accordées que les garanties mentionnées à l'annexe I de la présente notice.

La présente notice d'information vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Vous pouvez vous adresser à votre employeur ou à votre centre de gestion si vous souhaitez de plus amples précisions sur votre garantie.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| DÉFINITIONS PRÉALABLES..... | 4 |
| GÉNÉRALITÉS | 5 |
| ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE | 6 |
| ÉTENDUE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ..... | 6 |
| PIÈCES À FOURNIR ET ADRESSE DE CORRESPONDANCE..... | 8 |
| CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE..... | 9 |
| COMMUNICATION - RÉCLAMATION ET MÉDIATION - CONTRÔLE..... | 10 |
| SUSPENSION - CESSATION - MAINTIEN DE LA GARANTIE..... | 10 |
| ANNEXE 1 - GARANTIE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ EN VIGUEUR AU 1 ^{ER} JANVIER 2016..... | 13 |

Définitions préalables

Dans la présente notice d'information, les termes suivants sont utilisés :

ADHÉRENT OU ENTREPRISE ADHÉRENTE

Personne morale, membre de l'Association, qui adhère au contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion.

ASSOCIATION OU SOUSCRIPTEUR

Personne morale qui a conclu la convention d'assurance avec l'Assureur.

ASSURÉ

Personne physique, membre du personnel de l'entreprise Adhérente relevant de la catégorie de personnel assurée et affiliée au contrat.

L'assuré est la personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement des prestations garanties.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Assiette servant au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie de la Sécurité sociale. Selon le type d'acte et la nomenclature auxquels elle se rattache, cette base de remboursement peut-être constituée du Tarif d'autorité, du Tarif de convention, du Tarif de responsabilité ou du Tarif forfaitaire de responsabilité.

BÉNÉFICIAIRE

L'assuré et ses ayants droit percevant la prestation prévue par la garantie du contrat lors de la réalisation du risque.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

Contrat souscrit sur la base du volontariat par certains professionnels de santé exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit à dépassement permanent par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les frais réels et le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale.

FORFAIT HOSPITALIER

Forfait fixé par arrêté ministériel, non remboursé par la Sécurité sociale, supporté par les personnes admises dans les Établissements de santé ou médico-sociaux.

FRAIS RÉELS

Dépense réellement payée par les bénéficiaires de la garantie pour une prestation donnée.

GARANTIE

Engagement de l'Assureur à verser une prestation lors de la réalisation d'événements prévus au contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Parcours, faisant notamment intervenir le médecin traitant, que doit suivre l'assuré pour ne pas supporter certaines pénalités de remboursement de la Sécurité sociale.

PRESTATION

Exécution de la garantie par l'Assureur.

SINISTRE

Réalisation de l'événement susceptible de mettre en jeu la garantie du contrat.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

Différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue.

Généralités

BÉNÉFICIAIRES

Tous les salariés non cadres (personnel ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la Convention Collective Nationale de retraite et de prévoyance des cadres de 1947) de l'entreprise.

Votre affiliation

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par votre employeur est collectif et obligatoire pour l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie assurée.

Vous devez être affilié dès la souscription du contrat par votre entreprise si vous faites partie de la catégorie assurée ou postérieurement dès votre appartenance à cette catégorie.

La garantie est assurée par l'Assureur en contrepartie du paiement d'une cotisation dont le taux et l'assiette sont précisés dans le contrat souscrit par votre entreprise.

ASSUREUR

Votre contrat est assuré par KLESIA S.A., entreprise régie par le code des assurances dont le siège social est situé au 4 rue Marie-Georges Picquart - 75017 PARIS.

PRESTATIONS PROPOSÉES

Le résumé des garanties souscrites par votre employeur figure en annexe de la présente notice. La garantie de base obligatoire « OFFISSIMA » vise à couvrir au moins les dispositions prévues par la Convention Collective Nationale Étendue de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997. Elle apporte également des améliorations à ces dispositions.

En complément de la formule de base obligatoire, votre entreprise a également adhéré à la formule supplémentaire « OFFISSIMA + ». Votre affiliation à cette formule est aussi obligatoire.

Les garanties de la formule supplémentaire sont additionnelles à celles de la formule de base obligatoire.

Respect des critères de responsabilité

Votre contrat est en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs aux contrats dits « responsables ».

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, instituée 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 ;
- 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.

Les obligations de prise en charge prévues en cas de respect du parcours de soins coordonnés sont respectées. La participation de l'assuré (ticket modérateur) pour au moins deux des prestations de prévention figurant sur la liste définie par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 est entièrement prise en charge.

Le présent contrat répond en outre au dispositif de l'article L 911-7 du Code de la Sécurité sociale concernant la couverture minimale dite « Panier de soins ».

Liste des prestations de prévention

- détartrage dentaire annuel,
- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures avant 14 ans (dentaire),
- bilan initial des troubles du langage oral ou écrit avant 14 ans,
- dépistage de l'hépatite B,
- dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans,
- acte d'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans,
- les vaccinations :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite,
 - Coqueluche avant 14 ans,
 - Hépatite B avant 14 ans,
 - BCG avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désignant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

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

Entrée en vigueur de la garantie

La garantie entre en vigueur :

- à la date de mise en place du contrat souscrit par votre employeur, si vous faites partie de la catégorie assurée et que vous êtes individuellement porté sur la liste nominative du personnel fournie par votre employeur ;
- à la date de votre embauche si vous êtes un nouveau salarié.

Étendue de la garantie frais de santé

GÉNÉRALITÉS

Tous les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, soins dentaires, etc. entrant dans la nomenclature et ayant donné lieu à remboursement de la Sécurité sociale française entrent en considération pour la détermination des prestations versées par l'Assureur dans les conditions et limites prévues contractuellement.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans les tableaux des garanties figurant en annexe. L'Assureur calcule alors les prestations qui auraient été versées par la Sécurité sociale française si cette dernière les avait prises en charge, sans pour autant les prendre en charge, puis détermine le montant des prestations prévues par la garantie.

Les frais engagés de manière occasionnelle à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par le régime français de Sécurité sociale légalement obligatoire, dans la limite des garanties prévues dans la présente notice.

En aucun cas, l'Assureur ne prendra en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale française.

Honoraires des médecins en ville et à l'hôpital

Les garanties sont différentes selon que le médecin consulté adhère ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Optique

Conformément à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, la prise en charge des 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 la 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 l'assuré effectue des demandes de remboursement de son 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 l'assuré présente un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne peut ou ne souhaite pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat couvrent une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Prothèses dentaires

La seule prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale et prise en charge dans les conditions définies au contrat est la couronne sur dent vivante.

Traitements orthodontiques

Le nombre de semestres pris en considération pour la détermination des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

Adoption

L'indemnité forfaitaire ne peut être réglée que si le ou les enfants sont âgés de moins de 12 ans le jour de l'adoption.

Le montant de l'indemnité réglée est celui en vigueur au cours de l'année du jugement de l'adoption plénière.

Ces dispositions s'appliquent également lorsqu'un assuré reconnaît un ou plusieurs enfants.

PERSONNES GARANTIES

Vous êtes seul bénéficiaire de la garantie pour les frais de santé engagés pour vous-même.

Cependant, vous pouvez étendre le bénéfice de la garantie à :

- votre conjoint, s'il bénéficie des prestations de la Sécurité sociale en qualité de votre ayant droit,
- vos enfants à charge ou à la charge de votre conjoint, au sens de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale, ou qui, âgés de 18 à 20 ans, suivent des cours de formations rémunérés, dans le cadre de la loi sur l'emploi des jeunes,
- votre concubin non salarié et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit,
- votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) et les enfants de celui-ci s'ils sont considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit.

Extensions facultatives

Par dérogation, vos ayants droit définis ci-après pourront également adhérer aux régimes. Néanmoins vos ayants droit sont obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que celui que vous avez choisi.

- votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ne remplissant pas les conditions posées ci-dessus pour être reconnu comme bénéficiaire,
- vos enfants étudiants, ceux votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, âgés de moins de 27 ans non déjà reconnus comme bénéficiaires au regard des conditions posées ci-dessus.

La cotisation afférente à la couverture de vos ayants droits définis ci-dessus est à votre charge exclusive. Elle est payable par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, trimestriellement à terme à échoir.

Justificatifs à fournir

Dans tous les cas, une copie de l'attestation Vitale de l'assuré et de chaque personne garantie.

Pour la couverture du partenaire lié à l'assuré par un PACS, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile de l'assuré 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 ;
- une attestation d'affiliation au régime social obligatoire des étudiants ;
- une copie du contrat de travail ou d'apprentissage.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Assureur, de même que les changements d'adresse, de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable), de centre de Sécurité sociale.

MODIFICATION DE LA GARANTIE ET DES TAUX DE COTISATION

La garantie et les taux de cotisation de votre contrat sont établis conformément à la législation et à la réglementation française en vigueur au moment de sa prise d'effet.

Ils pourront être révisés sans délai, en tout ou partie, en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions, la garantie restera acquise sur la base définie par le contrat avant cette date.

MONTANT DES PRESTATIONS

Les montants des prestations prévus pour chaque acte couvert par la garantie frais de santé sont précisés dans les tableaux des garanties figurant en annexe dans la présente notice.

Ces montants sont définis compte tenu des dispositions générales et des bases de remboursement de la Sécurité sociale française telles qu'elles existent à la date d'effet de la présente notice.

Si celles-ci venaient à changer, une modification du contrat, à effet immédiat, pourrait être proposée à votre employeur.

Les prestations réglées ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Pour l'application de cette règle, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Pour les traitements orthodontiques, le nombre de semestres pris en considération pour la détermination des prestations est limité à six et la durée du traitement de contention est limitée à deux ans.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues au titre de la présente garantie ne peuvent être versées qu'à vous-même. Après réception de la totalité des pièces justificatives mentionnées ci-après, les prestations sont versées dans les cinq jours ouvrés.

NOEMIE

Pour simplifier les démarches administratives, accélérer le processus de remboursement, l'assuré peut bénéficier de NOEMIE, système de télétransmission mis en place entre les Caisses Nationales d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à l'Assureur, évitant ainsi à l'assuré d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées au paragraphe « Pièces à fournir » ci-dessous pourront être réclamées.

BON DE PRISE EN CHARGE

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, l'Assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, l'Assureur règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à la charge de l'assuré, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

TIERS PAYANT

Avec ce service, vous pouvez bénéficier, en fonction des garanties souscrites, de la dispense d'avance des frais (tiers payant) auprès d'un grand nombre de professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses (biologie), cabinets de radiologie,

auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes.

Vous pouvez bénéficier de ce service dès lors que la garantie frais de santé prévoit, au minimum, le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur.

PRISE EN CHARGE OPTIQUE/DENTAIRE

Vous pouvez obtenir un devis auprès du professionnel et éventuellement faire une demande de prise en charge.

Pièces à fournir et adresse de correspondance

Pour obtenir le règlement de vos prestations, vous devez transmettre les pièces mentionnées au centre de gestion :

- les décomptes originaux de remboursement de la Sécurité sociale ;
- les factures originales acquittées détaillées mentionnant notamment les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires ;
- le cas échéant, les décomptes originaux de remboursement de tout autre organisme de prévoyance (mutuelle, etc.) ;
- tout document complémentaire nécessaire à l'Assureur pour régler la prestation, notamment ceux prévus ci-dessous pour les seuls actes figurant sur le tableau des garanties en annexe.

Frais d'hospitalisation

- La facture hospitalière acquittée (AMC) ou facture hospitalière et notes d'honoraires.

Frais de transport

- Le bulletin de situation en cas d'hospitalisation ou le décompte de Sécurité sociale ou la facture du professionnel mentionnant notamment le ticket modérateur.

Médicaments non remboursés ou non remboursables

- La facture originale détaillée et acquittée mentionnant le taux de TVA.

Soins externes

- Avis des sommes à payer et quittance.

Orthopédie et prothèses autres que dentaires

- Facture détaillée et acquittée.

Cure thermique

- Prescription médicale + facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal + le décompte de la Sécurité sociale + la facture acquittée des frais d'hébergement et de transport.

Prothèses dentaires

- l'original de la facture détaillée et acquittée des frais engagés précisant la codification des travaux effectués.

Les prothèses dentaires dont le montant des frais à engager excède 3.050 € sont en outre soumises aux formalités décrites ci-après, avant exécution des travaux.

En effet, l'assuré devra transmettre à l'Assureur le devis du dentiste détaillé soin par soin. Le dentiste-conseil de l'Assureur, après étude de ces documents, indiquera à l'assuré la codification exacte des actes qui feront l'objet d'un remboursement complémentaire : cette « entente préalable » devra être présentée au dentiste avant exécution des travaux, et jointe au dossier lors de la demande de remboursement.

Orthodontie

- La facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et de fin de semestre ;
- La notification éventuelle de refus de prise en charge de la Sécurité sociale et éventuellement celle relative à un traitement de contention.

Optique

- La facture de l'opticien indiquant les frais réellement engagés pour les verres et la monture (facturés distinctement) et une copie de la prescription médicale ;
- Pour les lentilles de contact correctrices, la facture détaillée des frais engagés ainsi que la prescription médicale datant de moins de deux ans.

Parodontologie et implants

- La facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.

Ostéopathie et chiropractie

- Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées. La facture originale détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés, et faisant apparaître les qualités citées ci-dessus doit être transmise.

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Service Prestations Santé
65 boulevard Vivier Merle
69482 LYON Cedex 03
T 01 71 39 15 15

Conditions de mise en œuvre de la garantie

EXCLUSIONS

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé et sous réserve des prestations figurant sur le tableau des garanties en annexe, les frais qui ne sont pas pris en charge par l'Assureur sont les suivants :

- l'allocation maternité aux enfants de l'Assuré, de son conjoint, de son concubin ou de la personne liée par un PACS, même s'ils sont à leur charge ;
- les séjours en sanatorium, préventorium ou aérium, effectués dans un établissement non agréé par la Sécurité sociale ;
- les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la Sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf exceptions prévues dans le détail de garanties.

LIMITES

Seuls sont pris en considération par l'Assureur et susceptibles de donner lieu au paiement des prestations les frais pour lesquels la date des soins est postérieure à la date d'affiliation et antérieure à la date éventuelle de résiliation du contrat, la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions susceptibles d'être intentées par l'entreprise, l'assuré, ses ayants droit, l'Association ou l'Assureur sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Communication - Réclamation et médiation - Contrôle

DROIT D'ACCÈS ET DE MODIFICATION

Votre entreprise et vous-même êtes protégés par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition pour motif légitime et de suppression de toute information vous concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, de ses mandataires, et de ses réassureurs.

Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

Service INFO CNIL

Rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL Cedex
accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante :
info.cnil@klesia.fr

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute réclamation relative au fonctionnement du contrat, votre entreprise ou vous-même devez l'adresser à **KLESIA - Réclamation SSC (Service Satisfaction Clients) - 1-13 rue Denise Buisson - 93554 MONTREUIL Cedex**

Par téléphone au **01 71 39 15 15** (du lundi au vendredi, de 9 heures à 18 heures)

Par courriel via le site - www.klesia.fr

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, votre entreprise, vous-même ainsi que vos bénéficiaires ou ayants droit, pouvez, afin de chercher une issue amiable au différend vous opposant à l'Assureur, vous adresser par courrier au **Médiateur de la FFSA à l'adresse suivante : BP 290 - 75425 PARIS Cedex 09.**

CONTRÔLE

L'Autorité chargée du Contrôle de l'Assureur est, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

Suspension - Cessation - Maintien de la garantie

SUSPENSION DE LA GARANTIE

Les garanties sont suspendues de plein droit lorsqu'aucune rémunération ou aucune indemnité journalière complémentaire financée au moins pour partie par l'employeur n'est versée pour les assurés qui sont, notamment, dans les cas suivants :

- congé sabbatique visé aux articles L 3142-91 et suivants du Code du Travail ;
- congé parental d'éducation visé aux articles L 1225-47 et suivants du Code du Travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L 3142-78 et suivants du Code du Travail ou pour tout autre motif de suspension du contrat de travail non rémunéré.

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation effective du travail dans l'entreprise. Elle s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie assurée, sous réserve que l'Assureur en soit informé par écrit dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Toutefois, en cas de suspension de votre contrat de travail pour congé parental d'éducation ou congé sabbatique, vous pouvez bénéficier d'un maintien de la garantie dans les conditions définies au paragraphe « Maintien de la garantie à titre onéreux » ci-dessous.

CESSATION DE LA GARANTIE

En cas de non-paiement des cotisations, conformément aux articles L 113 -3 du Code, la garantie est suspendue puis résiliée.

La garantie cesse également :

- si vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée ;
- si votre contrat de travail est rompu, quelle que soit la cause de la rupture, sauf si celle-ci intervient dans un cadre vous permettant de bénéficier du maintien des garanties ;
- en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion ;
- en cas de cessation d'activité ou de disparition de l'entreprise ;
- en cas d'attribution de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale sauf situation de poursuite ou reprise d'une activité salariée au sein de l'entreprise ;
- si vous venez à décéder.

Par ailleurs, la garantie dont vous pouvez bénéficier suite à votre adhésion à l'option facultative cesse :

- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion à l'option facultative ;
- lorsque vous ne répondez plus aux conditions pour être bénéficiaire de la garantie obligatoire souscrite par votre employeur ;
- en cas de résiliation de la garantie de base souscrite par votre employeur.

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, maternité ou paternité, vous continuez à bénéficier des garanties frais de soins de santé, à condition que l'arrêt de travail soit indemnisé par la Sécurité sociale.

Votre entreprise est exonérée du paiement de la cotisation afférente à votre couverture.

L'exonération du paiement de la cotisation est acquise dès que vous percevez les prestations incapacité de travail ou invalidité prévues par le régime de prévoyance applicable au personnel de la Pharmacie d'officine ne relevant pas des articles 4, 4 bis et article 36 de la CCN de 1947.

Le maintien de la garantie frais de soins de santé et l'exonération cessent :

- lorsque vous ne percevez plus de la Sécurité sociale de prestations « en espèces au titre de l'Incapacité de travail ou de l'Invalidité ayant entraîné le maintien de la garantie ;
- à la date de liquidation de la retraite du régime général de la Sécurité sociale ou à la date de transformation de la pension d'Invalidité en pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- à la reprise totale d'activité ;

MAINTIEN DE LA GARANTIE EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

Portabilité des droits

En cas de rupture du contrat de travail indemnisée par l'assurance chômage, vous pouvez continuer à bénéficier de la garantie dans les conditions et pour les durées définies par les dispositions de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties sera financé par mutualisation dans la limite de la durée de votre dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

Le dispositif de portabilité s'applique également aux anciens salariés bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Mise en œuvre de la portabilité

L'employeur doit informer le salarié dont le contrat de travail est rompu, du dispositif de maintien des garanties dont il bénéficiait en tant que salarié.

Pour bénéficier de ce dispositif, l'ex-salarié doit fournir à l'Assureur, le cas échéant par l'intermédiaire de son ancien employeur, la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage, et l'informer de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien prévue ci-dessus.

La suspension des allocations de chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties, qui ne sera pas prolongé d'autant.

Le maintien des garanties par l'Assureur cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale ;
- à l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit et ce, dans la limite de 12 mois ;
- à la date de résiliation du contrat pour les sinistres intervenus postérieurement à la date de cette résiliation.

Maintien conventionnel des garanties en cas de chômage ou de contrat de sécurisation professionnelle

Conformément aux dispositions conventionnelles, les garanties frais de soins de santé sont maintenues gratuitement à l'assuré :

- au chômage par suite d'un licenciement ;
- ou
- bénéficiaire d'un contrat de sécurisation professionnelle.

Le maintien de la garantie débute dès le 1^{er} jour suivant la date de rupture du contrat de travail et dure pendant une période de six mois continue, sous réserve :

- de la justification d'une indemnisation par Pôle emploi ;
- et d'une appartenance dans le régime de 12 mois continus précédant la date de rupture du contrat de travail.

La demande de maintien de la garantie doit être formulée dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

Articulation de la portabilité des droits avec le maintien des garanties prévu par les dispositions conventionnelles

Le maintien de la garantie frais de soins de santé, en vertu des dispositions définies au paragraphe précédent s'effectue sans préjudice du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits auquel les anciens assurés au chômage peuvent prétendre.

Les anciens salariés ne sauraient toutefois bénéficier, pour une même demande de prise en charge, au doublement des prestations par l'effet d'une application cumulée des dispositifs de maintien de garanties.

Le dispositif prévu à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale n'interviendra que dans le cas où il est plus favorable que le régime de maintien de garanties déjà en vigueur dans le cadre des dispositions de l'Annexe IV.1 de la Convention Collective Nationale étendue de la Pharmacie d'officine.

MAINTIEN DES GARANTIES À TITRE ONÉREUX

Suite à la rupture du contrat de travail

Le maintien des garanties frais de soins de santé sans condition de durée peut être accordé aux anciens assurés de l'entreprise (et les membres de leur famille le cas échéant) moyennant le versement d'une cotisation dès lors qu'ils se trouvent dans une des situations suivantes :

- chômage de plus de 6 mois non indemnisé par Pôle Emploi,
- bénéficiaires d'un contrat de solidarité,
- retraités, préretraités FNE, anciens déportés,
- bénéficiaires d'un contrat de sécurisation professionnelle,
- bénéficiaires d'indemnités journalières par suite de maladie, d'une rente d'incapacité au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou d'invalidité lors du licenciement (et qui ne peuvent plus prétendre au maintien gratuit de la garantie),
- anciens assurés à l'issue de la période de maintien gratuit ;
- ayants droit d'un assuré décédé.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin :

- l'Assureur adresse aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, aux retraités et aux chômeurs indemnisés par Pôle Emploi, une proposition de maintien de garanties, sans condition de durée, dans les deux mois suivant la date de la cessation du contrat de travail ou la fin du maintien de garanties prévu par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Si ces derniers sont intéressés par ce maintien, ils doivent solliciter de l'Assureur leur adhésion individuelle dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail ou la fin du maintien de garanties prévu par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale ;

- l'Assureur adresse aux ayants droit de l'assuré décédé, une proposition de maintien de garanties, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, dans les deux mois suivant le décès.

Si ces derniers sont intéressés par ce maintien, ils doivent solliciter de l'Assureur leur adhésion individuelle dans les six mois suivant le décès de l'assuré.

L'adhésion individuelle prend effet sans questionnaire d'état de santé au lendemain de la réception de la demande dûment remplie.

Suite à congé parental d'éducation ou congé sabbatique

Les assurés dont le contrat de travail est suspendu suite à un congé parental d'éducation ou un congé sabbatique peuvent bénéficier d'un maintien de la garantie frais de soins de santé.

Le montant de la cotisation est déterminé chaque année par l'Assureur. Elle est payable d'avance et en une seule fois. Elle est à la charge exclusive de l'assuré.

Cessation du maintien de garanties à titre onéreux

La garantie cesse obligatoirement :

Pour les membres de la famille de l'assuré :

- dès que l'assuré cesse lui-même de bénéficier de la garantie Frais de soins de santé,
- pour un enfant étudiant ayant 27 ans au cours de l'année scolaire, au 30 septembre suivant, sinon à la veille de son 27^e anniversaire.

Pour chaque assuré :

- s'il reprend une activité professionnelle rémunérée, salarié ou non,
- à la fin de la durée de son congé,

- à la fin de la période pour laquelle le service des allocations du régime d'assurance chômage cesse de lui être accordé, sauf si cette période est immédiatement suivie de l'attribution de la pension vieillesse de la Sécurité sociale.

Annexe 1 Garantie frais de soins de santé en vigueur au 1^{er} janvier 2016

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues dans le détail de garanties ci-dessous. Les prestations OFFISSIMA + sont additionnelles à celles du régime de base obligatoire. Pour les Assurés du régime local, l'Assureur tient compte des dispositions spécifiques applicables à ce régime.

Les prestations sont limitées aux frais réellement engagés. Ne sont pas prises en charge la participation forfaitaire, 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.

| NATURE DES FRAIS | MONTANT DES PRESTATIONS | |
|--|---|-------------|
| | OFFISSIMA GARANTIE DE BASE | OFFISSIMA + |
| HONORAIRES MÉDICAUX - SOINS COURANTS | | |
| Consultations ou visites de médecins généralistes | | |
| • Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)..... | 120 % BRSS ¹ | |
| • Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)..... | 100 % BRSS ¹ | |
| Consultations ou visites de médecins spécialistes | | |
| • Médecins signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)..... | 130 % BRSS ¹ | |
| • Médecins non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)..... | 110 % BRSS ¹ | |
| Analyses médicales | 40 % BRSS ² | |
| Auxiliaires médicaux | 40 % BRSS ² | |
| ACTES D'IMAGERIE | | |
| Radiologie | | |
| Praticiens signataires ou non signataires du contrat d'accès aux soins..... | 100 % BRSS ¹ | |
| Échographie | | |
| • Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS)..... | 130 % BRSS ¹ | |
| • Praticiens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)..... | 110 % BRSS ¹ | |
| PHARMACIE | | |
| • Médicaments | 100 % BRSS ¹ | |
| • Médicaments non remboursés ou non remboursables ³ | Dans la limite d'un forfait de 40 € par an et pour les seuls membres participants | |
| FRAIS RELEVANT DE LA LPPR (LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS REMBOURSABLES) | | |
| Orthopédie, appareillage, prothèses non dentaires, petit matériel | 140 % BRSS ¹ | |

| NATURE DES FRAIS | MONTANT DES PRESTATIONS | |
|--|---|------------------------------------|
| | OFFISSIMA GARANTIE DE BASE | OFFISSIMA + |
| FRAIS CHIRURGICAUX | | |
| Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique, actes techniques médicaux • Praticiens signataires du contrat d'accès aux soins (CAS) • Patriciens non signataires du contrat d'accès aux soins (hors CAS)..... | 230 % BRSS ¹ 200 % BRSS ¹ | |
| HOSPITALISATION | | |
| Frais de séjour | 100 % BRSS ¹ | |
| Chambre particulière (hors maternité) | 75 € par jour d'hospitalisation | + 25 € par jour d'hospitalisation |
| Lit d'accompagnement d'un enfant à charge | 30 € par jour d'hospitalisation | |
| Forfait journalier hospitalier | Prise en charge intégrale ⁴ | |
| Participation forfaitaire de 18 € (actes lourds) | Prise en charge intégrale | |
| DENTAIRE | | |
| Soins dentaires | 30 % BRSS ² | |
| Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale | 300 % BRSS ² | + 55 % BRSS |
| Traitements orthodontiques remboursés ou non par la Sécurité sociale | 200 % BRSS ² | + 55 % BRSS |
| Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale | 200 € par an et par bénéficiaire | |
| Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale dans la limite de deux implants par an et par personne | 400 € pour l'ensemble (implant et pilier implantaire) | |
| OPTIQUE | | |
| Par verre remboursé par la Sécurité sociale ⁵ | 110 € ² | + 40 € |
| Par monture remboursée par la Sécurité sociale ⁵ | 100 € ² | + 50 € |
| Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale, jetables ou non jetables ⁶ | 130 € par an et par bénéficiaire ² | + 100 € par an et par bénéficiaire |
| Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale, jetables ou non jetables | 130 € par an et par bénéficiaire | + 100 € par an et par bénéficiaire |
| PROTHESES AUDITIVES⁶ | | |
| Pour les plus de 20 ans | 400 € ² par an et par oreille appareillée | |
| Pour les moins de 20 ans | 560 € ² par an et par oreille appareillée | |
| PROTHESES CAPILLAIRES⁶ | | |
| Prothèses capillaires remboursées par la Sécurité sociale | 400 € ² par an et par bénéficiaire | |
| CURES THERMALES | | |
| Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale | 0,60 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par jour ²⁷ | |

| NATURE DES FRAIS | MONTANT DES PRESTATIONS | |
|--|--|--|
| | OFFISSIMA GARANTIE DE BASE | OFFISSIMA + |
| TRANSPORT | | |
| Transport du malade | 100 % BRSS ¹ | |
| Indemnités de déplacement (médecins-auxiliaires médicaux) | | |
| MEDECINE DOUCE | | |
| Consultation ostéopathe - chiropracteur | Non garanti | 30 € par séance dans la limite de 2 séances par an et par bénéficiaire |
| NATALITÉ | | |
| Prime de maternité ou d'adoption | 210 € par enfant (en cas de naissances ou d'adoptions multiples, versement pour chaque enfant), sur production d'un acte de naissance du nouveau-né ou d'une photocopie du jugement d'adoption. Cette prime est versée aux deux conjoints ou partenaires liés par un PACS, si tous deux travaillent dans la même entreprise. | |
| Chambre particulière | 75 € par jour d'hospitalisation | + 70 € par jour d'hospitalisation |
| ACTES DE PRÉVENTION | | |
| Ensemble des actes de prévention décrits à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction du 8 juin 2006 | Pris en charge au titre du poste dont ils relèvent et au minimum à 100 % du ticket modérateur | |

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

1. Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.
2. En complément des prestations versées par la Sécurité sociale.
3. Les médicaments concernés sont ceux dont la TVA est fixée à 2,10 % ou à 10 %.
4. Soit à titre indicatif = 18 € depuis le 1^{er} janvier 2010 et 13,50 € en cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique.
5. Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
6. Forfait maximum par an et par bénéficiaire. En cas de consommation totale du forfait, remboursement à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.
7. Soit à titre indicatif : 19,31 € au 1^{er} janvier 2016.

PHA.118/15.2 - CRÉATION ASSOCIATION DE MOYENS KLESIA

KLESIA S.A.
Entreprise régie par le code des assurances.
Société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 5.115.000 euros,
immatriculée au RCS de Paris sous le n° 340 483 684,
dont le siège social est situé au 4 rue Marie-Georges Picquart - 75017 PARIS

KLĒSIA
S.A.