

CARCEPT-PREVOYANCE

**TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES
& ACTIVITES AUXILIAIRES DU TRANSPORT**



Notice d'information
Garanties frais de soins de santé

Ensemble du personnel en activité
et personnel en prolongation de garanties
relevant du régime général de la Sécurité sociale



carcept prev

S O M M A I R E

I. Introduction	5
II. Bénéficiaires	6
III. Prestations CARCEPT-Prévoyance	7 – 15
1. Tableau des prestations du régime de base	7
2. Tableau des prestations des régimes optionnels	8
3. Règles de paiement – Limites	13
4. Application des garanties au personnel en prolongation de garanties	15
5. Choix de régime – changement de régime	15
IV. Adhésion	16 – 17
1. Date d'effet des garanties	16
2. Formalités d'affiliation	16
3. Faculté de renonciation	17
V. Cessation des garanties	18
VI. Exclusions et limitations	18 – 19
1. Exclusions	18
2. Limitations	19
VII. Nullité	19
VIII. Subrogation et recours	20
IX. Droit d'accès et de rectification	20
X. Prescription	20
XI. Médiation	21
XII. Informations	21 – 23
XIII. Portabilité des droits au titre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008	24 – 28

I-INTRODUCTION

Votre société a adhéré auprès de la CARCEPT-Prévoyance, à une convention d'assurance garantissant la prise en charge des frais de soins de santé pour l'ensemble du personnel relevant du régime général de la Sécurité sociale et prévoyant un régime de base obligatoire et des régimes optionnels facultatifs.

Cette convention d'assurance prévoit également pour les anciens salariés qui quittent définitivement l'entreprise et bénéficiant du maintien des garanties prévu par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », un régime de prestations à adhésion facultative.

La gestion des remboursements des frais de soins de santé est confiée à la FMP.

La garantie frais de soins de santé a pour objet de rembourser en cas d'accident, de maladie ou de maternité, dans les limites définies par les textes en vigueur et en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, les dépenses que vous engagez pour les types d'actes définis par la convention d'assurance et dans la présente notice.

Le présent document constitue la notice d'information de ces garanties.

Il vous indique notamment :

- les modalités d'entrée en vigueur des prestations ;
- le descriptif détaillé des prestations ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- la présentation des services et les modalités de règlement des prestations ;
- le rappel des mentions obligatoires en matière de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Il est établi conformément à la convention d'assurance qui a été remise à la société adhérente.

Cette notice doit obligatoirement être transmise aux membres participants.

II - BÉNÉFICIAIRES

■ SALARIE EN ACTIVITE

La convention d'assurance est applicable à l'ensemble du personnel de l'entreprise ayant plus de six mois d'ancienneté dans l'entreprise. Le salarié peut choisir de faire bénéficier des garanties ses ayants droit en les mentionnant au bulletin d'affiliation.

L'entreprise s'engage à affilier immédiatement tous ses futurs salariés ayant plus de six mois d'ancienneté dans l'entreprise et à informer la CARCEPT-Prévoyance de tout départ de cette société.

Aucun délai de carence, ni aucune formalité médicale ne seront appliqués lors de votre adhésion.

Sur la base des cotisations et des garanties prévues à la convention d'assurance, la garantie peut s'étendre aux frais de soins de santé engagés par :

- **vous-même** ;
- **votre conjoint** ou **votre concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve qu'il apporte la preuve qu'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi ;
- **les enfants de moins de 21 ans** considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit, ceux de votre conjoint, de votre concubin, ou de la personne avec qui vous êtes lié par un pacte civil de solidarité,

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^e anniversaire pour :

- les enfants affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ;
- les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;
- les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique... sans maintien de votre rémunération, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant votre départ en congé.

■ PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES

- Vous pouvez continuer à bénéficier des prestations du régime de frais de santé de la CARCEPT-Prévoyance, ainsi que vos ayants droit, conjoint, concubin/PACS, si vous êtes bénéficiaire :
 - d'une allocation chômage ;
 - d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude à la conduite ;
 - d'un congé de fin d'activité ;
 - d'une pension de retraite.

Sous réserve que votre demande de maintien de garanties soit formulée **par écrit** auprès de la CARCEPT-Prévoyance **dans les 6 mois suivant** :

- la rupture de votre contrat de travail si vous n'avez pas bénéficié de la portabilité prévue par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 ;
- la fin de la période de portabilité si vous avez bénéficié de ce droit.

- De même, en cas de décès, vos ayants droit, conjoint, concubin / PACS peuvent bénéficier de la prolongation de garanties à condition d'en faire la demande auprès de notre institution dans **un délai de 6 mois à compter de la date du décès.**

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

Trois régimes sont mis en place :

- **le Régime de base** concerne à titre obligatoire l'ensemble des salariés ;
- **les deux Régimes optionnels sont facultatifs** et comprennent les garanties du régime de base obligatoire.

Si vous optez pour l'un des régimes facultatifs, la cotisation supplémentaire (différentiel entre la cotisation du régime de base et du régime optionnel choisi) sera intégralement à votre charge et sera prélevée mensuellement sur votre compte.

Par ailleurs, si vous avez opté pour étendre la garantie à vos ayants droit, ceux-ci seront automatiquement couverts par la garantie que vous avez choisie pour vous-même (régime de base obligatoire, régime facultatif option 1, régime facultatif option 2).

III - 1. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	30 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	30 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	30 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	40 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	40 % de la B.R.
- Radiologie	30 % de la B.R.
- Transport	50 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 65 %	35 % de la B.R.
- Pharmacie à 30%	70 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	20 % de la B.R.
- Chambre particulière	0,8 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	20 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	100 % F.R.
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 1. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)
- Monture	4 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	4,2 % du P.M.S.S. / paire
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	5,3 % du P.M.S.S. / paire
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	6 % du P.M.S.S.
DENTAIRE	
- Soins	30 % de la B.R.
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	75 % de la B.R.
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	50 % de la B.R.
APPAREILLAGE NON DENTAIRE	
- Prothèses / Orthopédie	40 % de la B.R.
- Appareil auditif	40 % de la B.R.
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 60 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 1

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	85 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	85 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	85 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	40 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	40 % de la B.R.
- Radiologie	30 % de la B.R.
- Transport	50 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 65 %	35 % de la B.R.
- Pharmacie à 30%	70 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	105 % de la B.R.
- Chambre particulière	1,2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1,2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	105 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	100 % F.R.
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 1 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)
- Monture	4,5 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	5,7 % du P.M.S.S. / paire
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	7,1 % du P.M.S.S. / paire
- Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	7,5 % du P.M.S.S.
- Chirurgie laser de la myopie	8 % du P.M.S.S. / œil
DENTAIRE	
- Soins	100 % de la B.R.
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	125 % de la B.R.
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	100 % de la B.R.R.
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	120 % de la B.R.
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la B.R.R.
APPAREILLAGE NON DENTAIRE	
- Prothèses / Orthopédie	85 % de la B.R.
- Appareil auditif	85 % de la B.R.
MATERNITE	
- Forfait naissance ou adoption	6 % du P.M.S.S.
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 110 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

B.R.R. : Base de remboursement reconstituée.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	130 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	130 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	130 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	130 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	130 % de la B.R.
- Radiologie	130 % de la B.R.
- Transport	115 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 65 %	35 % de la B.R.
- Pharmacie à 30%	70 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	180 % de la B.R.
- Chambre particulière	2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1,4 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	180 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	100 % F.R.
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance	
	En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés	
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)	
	Adulte	Enfant
- Monture	5,5 % du P.M.S.S.	5 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries (la paire)	8,6 % du P.M.S.S.	5,8 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4 (la paire)	13,2 % du P.M.S.S.	7,1 % du P.M.S.S.
- Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale	8,5 % du P.M.S.S.	
- Chirurgie laser de la myopie	10 % du P.M.S.S. / œil	
DENTAIRE		
- Soins	130 % de la B.R.	
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	245 % de la B.R.	
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	220 % de la B.R.R.	
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	120 % de la B.R.	
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la B.R.R.	
- Implants	7 % du P.M.S.S. / an / bénéficiaire	
APPAREILLAGE NON DENTAIRE		
- Prothèses / Orthopédie	105 % de la B.R.	
- Appareil auditif	105 % de la B.R.	
MATERNITE		
- Forfait naissance ou adoption	12 % du P.M.S.S.	
CURE THERMALE		
- Honoraires et forfait	100 % du T.M.	
- Transport et hébergement	7 % du P.M.S.S. / an / bénéficiaire	

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

B.R.R. : Base de remboursement reconstituée.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

T.M. : Ticket modérateur = base de remboursement de la Sécurité Sociale – montant remboursé par la Sécurité sociale.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 150 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

III - 3. RÈGLES DE PAIEMENT – LIMITES

III - 3.1. LOI DU 13 AOÛT 2004 RÉFORME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La participation forfaitaire de 1 € prévue à l'article 20 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 n'est pas prise en charge par la présente convention d'assurance.

III.3.2. CONTRAT RESPONSABLE

Depuis le 1^{er} janvier 2006, seuls les contrats d'assurance maladie complémentaires à la Sécurité sociale répondant aux critères énoncés par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 (dits « contrats responsables ») pourront continuer de faire l'objet d'avantages sociaux et fiscaux.

Afin de bénéficier de ces avantages, la CARCEPT-Prévoyance est amenée à adopter pour tous les soins engagés les modalités de remboursement suivantes, en ce qui concerne l'indemnisation des actes techniques et cliniques des médecins :

- absence de prise en charge de la majoration de participation de l'assuré (égale en 2009 à 40 % du tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale) en cas de non-respect du parcours de soins coordonné ou de refus de voir le médecin accéder à votre dossier médical personnel ;

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

- hors parcours de soins coordonnés (et si les garanties prévoient la prise en charge totale ou partielle de ceux-ci), les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes sont remboursés par la CARCEPT-Prévoyance via la FMP sous déduction d'une franchise visant à toujours laisser à la charge du patient sur cette partie des honoraires un montant monétaire minimal égal aux dépassements autorisés des praticiens du secteur 1 pour leurs actes cliniques. Cette franchise est généralement égale à 8 euros.
- absence de prise en charge des franchises médicales prévues par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

III.3.3. ACTES DE PRÉVENTION

Par ailleurs, la convention d'assurance prévoit la prise en charge de votre participation à concurrence du ticket modérateur pour l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale et figurant à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction du 8 juin 2006.

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- un détartrage annuel complet sus- et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans ;
- dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans ;
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

III.3.4. MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Si le médicament prescrit par le praticien existe sous la forme générique, il vous sera remboursé par le présent régime sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) déduit du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

III - 4. APPLICATION DES GARANTIES AU PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES

Si vous êtes en prolongation de garanties, vous bénéficiez des prestations identiques à celles prévues pour le personnel en activité.

III.5. CHOIX DE RÉGIME - CHANGEMENT DE RÉGIME

Vous devez choisir lors de votre adhésion l'un des régimes proposés. Le régime choisi est valable pour une durée de 2 ans à l'exception du transfert d'un régime d'un niveau inférieur vers un régime de niveau supérieur.

Le changement de régime s'opère le premier jour du trimestre civil, sous réserve d'un délai de prévenance de 6 mois avant le début du trimestre considéré.

Le changement de régime inverse (d'un régime d'un niveau supérieur vers un régime de niveau inférieur) peut, par dérogation à la règle des 2 ans, s'effectuer à tout moment en cas de changement de situation familiale :

- naissance ou adoption d'un enfant à votre charge ;
- votre mariage ou divorce ;
- le début ou la fin de votre concubinage ;
- le début ou la fin de votre PACS ;
- votre décès ou celui de l'un de vos ayants droit ;

ou de modification importante de votre contrat de travail (ex. : passage d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel).

Les ayants droit sont obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que celui que vous avez choisi.

IV - ADHÉSION

IV- 1. DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

■ PERSONNEL ACTIF

Votre admission est effective :

- à la date de prise d'effet du bulletin d'adhésion signé par votre entreprise si vous étiez présent à cette date et que vous justifiez de 6 mois d'ancienneté ;
- à la date à laquelle vous avez 6 mois d'ancienneté que vous ayez été embauché avant ou après la date d'effet au bulletin d'adhésion.

L'affiliation de vos ayants droit peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

Vous êtes immédiatement admis à la garantie frais de soins de santé, sans délai de carence dès lors que la déclaration individuelle d'affiliation a été transmise par l'entreprise à la CARCEPT-Prévoyance par l'intermédiaire de la FMP.

■ PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES ET PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU SANS MAINTIEN DE RÉMUNÉRATION

Votre admission est effective au premier jour du mois suivant la date d'effet indiquée sur votre bulletin d'affiliation à condition que ce document ainsi que votre dossier complet soient transmis dans un délai de 15 jours calendaires à compter de cette date.

L'affiliation de vos ayants droit peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

Vous êtes admis à la garantie frais de soins de santé, sans délai de carence et sans formalité médicale.

IV- 2. FORMALITES D'AFFILIATION

Pour que votre admission et/ou celle de vos ayants droit soit effective, il y a lieu de renvoyer à la CARCEPT-Prévoyance dûment complété et signé, un bulletin individuel d'affiliation, accompagné :

■ si vous adhérez seul :

- de votre relevé d'identité bancaire ou postal pour virement des prestations ;
- d'une copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale ;
- d'une autorisation de prélèvement automatique si vous avez demandé le maintien des garanties lors d'une suspension de votre contrat de travail ;

■ dans le cadre de la prolongation de garanties :

- de votre première attestation de paiement des allocations chômage ;
- de la copie de votre carte d'invalidité ;
- de vos décomptes attestant que vous percevez une pension de retraite ;
- de votre autorisation de prélèvement automatique afin de régler votre cotisation ;

IV - ADHÉSION

■ si vous adhérez avec vos ayants droit :

- de votre relevé d'identité bancaire ou postal pour virement des prestations ;
- d'une copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale en cours de validité et de la copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale de votre conjoint, de votre concubin(e), ou du partenaire auquel vous êtes lié(e) par un PACS (avec l'attestation de moins de trois mois délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance au lieu de naissance) ;
- de la copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale justifiant que les enfants de moins de 21 ans sont considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire lié par un PACS ;
- Pour les enfants âgés de plus de 21 ans jusqu'à leur 26^e anniversaire, selon les cas (**ces documents devront être fournis à chaque date anniversaire de la convention d'assurance**) :
 - un certificat de scolarité de l'année en cours pour chaque enfant qui poursuit ses études ;
 - une attestation justifiant la qualité d'enfant demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi ;
 - une copie du contrat d'apprentissage ;
- Pour les enfants pour lesquels aucune limite d'âge n'est fixée :
 - la copie de la carte d'invalidité.

Si vous ne disposez plus de l'attestation jointe à votre Carte Vitale, vous devez la réclamer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en vous déplaçant ou par courrier, en précisant votre nom, votre adresse et votre numéro de Sécurité sociale.

Nous vous rappelons que tout changement d'adresse, de situation familiale ou de régime doit obligatoirement être signalé à votre employeur en joignant une photocopie de la nouvelle attestation d'assuré social.

IV - 3. FACULTE DE RENONCIATION

Dans le cadre du maintien des garanties, vous disposez d'une faculté de renonciation que vous pouvez exercer dans un délai de 30 jours calendaires à compter du moment où vous êtes informé par la remise de la présente notice d'information.

La renonciation à ces garanties facultatives s'effectue par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à la CARCEPT-Prévoyance dans le délai indiqué rédigé comme suit: « *en vertu de l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale qui ouvre un droit à renonciation dans le délai de 30 jours à compter de l'information de la prise d'effet du contrat, je vous informe user de cette faculté pour le contrat d'adhésion n°* ».

La renonciation entraîne la restitution dans un délai de 30 jours de l'intégralité des cotisations versées ainsi que des prestations versées par l'institution.

V - CESSATION DES GARANTIES

La garantie prend fin pour vous et pour vos ayants droit dans les cas suivants :

■ pour vous :

- au dernier jour du mois au cours duquel a eu lieu la rupture de votre contrat de travail, sauf si vous demandez le maintien des garanties à titre individuel ;
- à la date d'effet de la résiliation de la convention d'assurance conclue entre la CARCEPT-Prévoyance et votre employeur ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'entreprise adhérente, autorisée par la réglementation en vigueur ;
- à la date de votre décès ;

■ pour vos ayants droit :

- dès que vous ne bénéficiez plus des garanties ;
- dès qu'ils perdent cette qualité ;

■ pour les personnes en prolongation de garanties et les salariés en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique... ayant demandé le maintien des garanties :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement de vos cotisations ;
- à votre initiative.

Si votre garantie prend fin dans les cas énumérés ci-dessus, l'indemnisation de la CARCEPT-Prévoyance est supprimée pour tous les soins effectués après la radiation même s'ils sont relatifs à un traitement médical en cours.

Vous devez restituer, sans délai, la carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant en cours de validité et rembourser toute somme indûment avancée sur votre compte.

VI - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

VI.1. EXCLUSIONS

■ Ne donnent pas lieu à garantie "frais médicaux" :

- les soins antérieurs à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel ;
- les hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel, pour les frais engagés antérieurement à cette date d'effet ou à l'expiration du délai d'attente ;

VI-EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- les frais ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels Sécurité sociale (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf mention particulière dans les dispositions spécifiques ;
- les frais en établissements de long séjour et les séjours en sections de cures médicales ;
- les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique, mouvements populaires, émeutes, participation de la personne assurée à des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- les frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de traitement esthétique, d'abus de l'alcool, de thalassothérapie, d'utilisation de stupéfiants non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les clauses d'exclusion définies ci-dessus ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge minimale fixées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

VI.2. LIMITATIONS

- Le montant des remboursements effectués ne doit pas excéder le montant des dépenses réelles, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un autre organisme assureur ou éventuellement un tiers responsable.
- 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 les limites de garanties prévues aux conditions particulières et de la présente notice.
- Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion et la date de cessation des garanties ouvrent droit à prestations. La date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

VII-NULLITÉ

La réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi de votre part entraîne la nullité de la garantie dont vous bénéficiiez quand elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

VIII - SUBROGATION ET RECOURS

En cas d'accident causé par un tiers, la CARCEPT-Prévoyance vous est subrogée de plein droit, ainsi qu'à vos bénéficiaires ou ayants droit dans votre action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

L'adhésion à la CARCEPT-Prévoyance entraîne subrogation de celle-ci dans vos droits et actions à l'égard des régimes d'assurance maladie obligatoires et des mutuelles ou organismes de prévoyance pour la part des prestations avancées par la CARCEPT-Prévoyance et couvertes par ces régimes.

Dans le cas où la CARCEPT-Prévoyance ne pourrait obtenir des caisses de régime obligatoire le remboursement de sa part dans les frais engagés, au motif que vous n'avez pas ou n'avez plus droit aux prestations, vous serez tenu de rembourser à la CARCEPT-Prévoyance le montant des sommes qu'elle aurait dû normalement recevoir de ces organismes.

IX - DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes pour toute information vous concernant sur les fichiers de la CARCEPT-Prévoyance. A tout moment, vous pouvez demander au groupe D&O, service INFO CNIL, 174, rue de Charonne, 75128 - Paris cedex 11, accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info-cnil@groupe-do.fr, l'arrêt des échanges informatiques de données vous concernant.

X - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assurance souscrite par votre employeur est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Le délai de prescription est fixé à 2 ans à compter de la date des soins, la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi.

XI - MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à la CARCEPT-Prévoyance, saisir par courrier le **Médiateur de l'institution, 174, rue de Charonne - 75 128 PARIS cedex 11.**

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

XII - INFORMATIONS

■ LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est prélevée mensuellement sur votre salaire. Le montant des cotisations est indiqué dans la convention d'assurance.

Si vous optez pour l'un des régimes facultatifs, la cotisation supplémentaire (différentiel entre la cotisation du régime de base et du régime optionnel choisi) sera intégralement à votre charge et sera prélevée mensuellement sur votre compte.

Par ailleurs, si vous avez opté pour étendre la garantie à vos ayants droit, ceux-ci seront automatiquement couverts par la garantie que vous avez choisie pour vous-même (régime de base obligatoire, régime facultatif option 1, régime facultatif option 2).

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant les échéances prévues, la CARCEPT-Prévoyance vous met en demeure, par lettre recommandée d'en acquitter le montant. A compter du 11^e jour, la garantie est suspendue. Si dans les 40 suivants la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, vous êtes exclu de la garantie.

Cette exclusion ne vous libère pas du paiement des cotisations dues et la CARCEPT-Prévoyance se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

■ COMMENT CONTACTER LA FMP



Par courrier : **FMP – Service Prestations, 19 cité Voltaire CS 71121
75 134 PARIS Cedex 11**



Par mail : **carceptprev@fmp.fr**



Par internet : **www.mutagora.fr**

XII - INFORMATIONS

■ LA CONNEXION NOEMIE

Comment mettre en place la connexion NOEMIE ?

Soit en cochant la case « télétransmission » sur votre bulletin d'adhésion, soit en contactant la FMP.

Pourquoi mettre en place une connexion NOEMIE ?

- Pour gagner du temps : le délai moyen de règlement sera de 8 jours
- Pour simplifier les démarches : aucun document à envoyer à FMP

Comment savoir si la connexion NOEMIE est en place ?

Si le décompte que vous recevez de la Sécurité sociale fait référence à la FMP, vous êtes bien connecté.

Attention au chevauchement !! Pensez à supprimer toute connexion avec votre ancienne complémentaire santé sinon la télétransmission sera bloquée.

■ DOCUMENTS JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Frais d'hospitalisation

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

Frais de transport

Le bulletin de situation.

Soins externes

Avis des sommes à payer et quittance.

Orthopédie et prothèses autres que dentaires

Facture détaillée et acquittée.

Cure thermale

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.

Maternité

Extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou l'extrait de l'acte d'adoption.

Frais d'optique hors réseau ITELIS

Facture détaillée et acquittée de la monture et des verres + prescription médicale datant de moins de 1 an ;

ou facture détaillée et acquittée des lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.

Frais dentaires hors réseau ITELIS

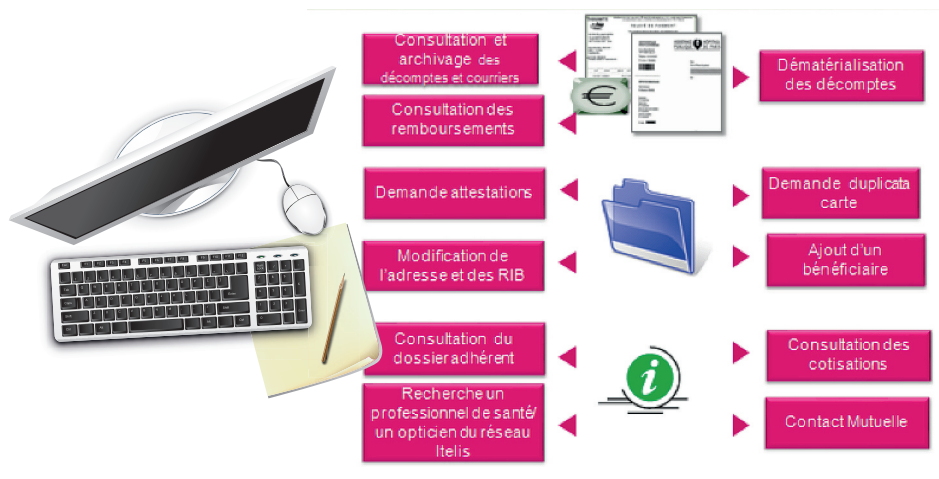
Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant : la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Les dates de début et de fin de traitement pour l'orthodontie.

XII - INFORMATIONS

■ MUTAGORA

MUTAGORA vous permet de visualiser votre dossier et d'accéder aux services suivants :



■ LE TIERS-PAYANT

La FMP pratique le tiers payant sur tous les postes santé et dans toute la France.

■ ITELIS

Présentation

ITELIS, service d'aide à la maîtrise des coûts de santé en optique, dentaire et audioprothèses vous permet de :

- comprendre pour mieux choisir : disposer d'une information fiable sur le traitement et/ou les équipements ;
- connaître le juste prix : pouvoir comparer les tarifs et payer le juste prix ;
- bénéficier d'une prise en charge de qualité quels que soient votre besoin : pouvoir accéder à un réseau de professionnels et bénéficier d'avantages notamment tarifaires.

Les services proposés

- La délivrance d'informations sur les soins dentaires, les équipements optiques et les audioprothèses.
- L'étude de devis à partir d'une base de données tarifaires.
- L'orientation vers un professionnel partenaire.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

Le présent chapitre d'information définit les conditions de mise en œuvre de la portabilité des droits prévue par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 et prenant effet au **1^{er} juillet 2009 qui prévoit que :**

« Pour garantir le maintien de l'accès à certains droits liés au contrat de travail, en cas de rupture de celui-ci (non consécutif à une faute lourde), ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, un mécanisme de portabilité est, dès à présent, mis en place pour éviter une rupture de tout ou partie de leur bénéfice entre le moment où il est mis fin au contrat du salarié et celui où il reprend un autre emploi et acquiert de nouveaux droits.

A cet effet, il est convenu que les intéressés garderont le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage et pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois de couverture.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise ou par un système de mutualisation défini par accord collectif. A défaut d'accord collectif, ce système de mutualisation peut être mis en place dans les autres conditions définies à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale... ».

Seules les ruptures de contrat de travail survenues à compter du 1^{er} juillet 2009 rendent possible la portabilité des droits, sous réserve des tolérances prévues par le texte et reprises dans la présente notice.

■ OBJET DU MAINTIEN DES DROITS

Le maintien des droits, au titre de l'article 14 de l'ANI, vous permet en cas de rupture de votre contrat de travail de continuer à bénéficier pendant tout ou partie de votre période de chômage du régime de frais de santé qui était le vôtre au sein de l'entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail. Le caractère conventionnel de ce droit fait peser sur votre employeur l'obligation d'organiser le maintien de la couverture.

■ BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN DES DROITS

■ L'ancien salarié qui remplit les conditions cumulatives suivantes :

■ Contrat de travail rompu

Vous pouvez bénéficier de la portabilité des droits si vous avez quitté l'entreprise pour les raisons suivantes :

- licenciement **à l'exclusion du licenciement pour faute lourde** ;
- rupture conventionnelle ;
- démission légitime ;
- fin de contrat de travail à durée déterminée ;
- fin de la période d'essai.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ Prise en charge par le régime d'assurance chômage

La rupture de votre contrat de travail pour les raisons évoquées ci-dessus doit ouvrir droit à prise en charge de l'assurance chômage. Vous devez justifier auprès de votre ancien employeur du bénéfice des allocations d'assurance chômage dans les 10 jours suivant la notification.

■ Droits à couverture complémentaire ouverts chez votre dernier employeur

Les garanties sont maintenues si vous avez ouvert des droits à couverture chez votre dernier employeur. Ce qui exclut les salariés qui n'ont pas adhéré au régime mis en place au sein de l'entreprise.

■ Ancienneté

Vous devez justifier d'une durée effective de votre dernier contrat de travail chez votre ancien employeur d'un mois minimum au jour de la rupture de votre contrat de travail dans la mesure où la durée du maintien est appréciée par mois entiers. Conformément au Code du Travail la durée d'un mois s'apprécie de date à date.

■ Vos ayants droit :

La couverture est maintenue au profit de vos ayants droit tels que définis dans la présente notice d'information. Ils bénéficient du même niveau de garanties que vous.

■ DROITS MAINTENUS

■ La nature des garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles prévues dans le contrat collectif en vigueur dans votre ancienne entreprise, sous réserve que vous soyez adhérent au régime au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Le mécanisme du maintien des garanties pendant la période de chômage vous permet d'obtenir, conformément au contrat antérieurement en vigueur :

– le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité.

■ Niveau de garanties maintenues

Au jour de la rupture de votre contrat de travail, le niveau de garanties maintenu correspond à celui dont vous avez bénéficié dans votre ancienne entreprise. Dans la mesure où le contrat souscrit par votre entreprise prévoit plusieurs niveaux de garanties, vous conservez pendant la période de portabilité des droits le niveau de garanties que vous aviez préalablement choisi dans votre entreprise.

■ Conséquences de l'évolution ou de la résiliation du contrat de prévoyance pendant la période de portabilité

Si vous bénéficiez de la portabilité des droits, l'évolution ou la résiliation du contrat de prévoyance complémentaire dans l'ancienne entreprise est sans effet sur vos droits et obligations, dès lors que l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) a été effectivement versée.

Vous continuez alors de bénéficier des conditions contractuelles en vigueur le jour du départ de votre entreprise.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ Conséquences en cas de modification de la situation juridique de votre ancienne entreprise

Le nouvel employeur reprenant les salariés en activité maintient les garanties des ex-salariés au même titre que les salariés en activité si le maintien des garanties est rattaché au contrat de travail (article L. 1224-1 du Code du travail).

■ Conséquences en cas de disparition de votre ancienne entreprise

La disparition de votre ancienne entreprise pendant la période de portabilité met fin au maintien de vos garanties dès lors que l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) nécessaire à la couverture pendant la période de portabilité des droits n'a pas été payée à l'Institution.

■ FINANCEMENT DU MAINTIEN DE VOS DROITS

■ Montant de votre cotisation mensuelle

Le montant global de la cotisation mensuelle est indiqué dans le contrat de prévoyance signé avec votre employeur. Il demeure identique à celui en vigueur dans votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail. Il vous appartient de financer la part salariale de la cotisation santé (CSG/CRDS sur la part patronale incluse).

■ Participation au financement

Vous financez conjointement avec votre employeur le maintien de vos droits dans les proportions et conditions applicables aux salariés de l'entreprise à la date de la rupture de votre contrat de travail.

■ Paiement de votre cotisation

Au jour de la rupture de votre contrat de travail, vous devez payer par chèque l'intégralité de votre part salariale finançant les garanties de frais de soins de santé sur l'ensemble de la durée prévisionnelle de garanties indiquée sur votre formulaire de maintien de vos droits.

En cas de reprise d'une activité professionnelle avant la fin de la période de portabilité, de durée de portabilité finalement inférieure à la durée prévisionnelle, votre ancien employeur s'engage sur votre demande écrite à faire procéder au remboursement du trop versé dans les 20 jours suivant la réception de votre demande.

De même, votre employeur se réserve le droit de vous réclamer la part de cotisation manquante s'il s'avère que la somme initialement versée est insuffisante pour couvrir les garanties pour la période indiquée.

■ DATE D'EFFET ET DURÉE DE MAINTIEN DE VOS DROITS

■ Point de départ du maintien des droits

La garantie est accordée dès le lendemain du jour où votre contrat de travail a été rompu, sous réserve de retourner à votre employeur dûment complétée et signée, la lettre de demande de portabilité des garanties santé.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ **Durée du maintien des droits**

La durée de la portabilité des garanties est indiquée sur votre lettre de demande à bénéficier de ce droit.

Cette durée est déterminée en fonction de la durée effective de votre dernier contrat de travail appréciée en mois entiers et des règles d'indemnisation ouvrant droit aux allocations chômage décrites dans le décret n° 2009-339 du 27 mars 2009, dans la limite de 9 mois.

■ **DROIT À RENONCIATION**

Vous avez la possibilité de renoncer au maintien des garanties dans les 10 jours suivant la date de rupture de votre contrat de travail. Vous devez à cet effet manifester expressément votre refus en adressant à votre ancien employeur un exemplaire du formulaire rédigé comme suit : « *Je soussigné, nom et prénom, déclare renoncer de manière irrévocable et définitive, à bénéficier du droit au maintien des garanties frais de soins de santé prévu par les dispositions de l'ANI du 11 janvier 2008...* ».

Vous devez rembourser au plus tard dans les 8 jours suivant la renonciation les sommes indûment versées qui sont nées au titre des droits ouverts pendant la période de renonciation, dès lors que vous avez fait valoir votre droit à renonciation.

Les garanties complémentaires santé et prévoyance sont indissociables, ce qui vous fait perdre le bénéfice de l'ensemble des garanties si vous avez renoncé à un régime, qu'il y ait un ou plusieurs organismes assureurs pour couvrir les garanties dont vous bénéficiez en tant que salarié. Autrement dit vous ne pouvez pas, par exemple, prétendre au maintien des garanties de prévoyance complémentaire lourde (décès – incapacité invalidité), si vous avez manifesté par écrit votre refus de bénéficier de la portabilité des garanties de frais de soins de santé, dès lors que les deux régimes sont en place dans votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail, qu'ils soient financés conjointement ou par un système de mutualisation.

■ **CESSATION DE LA PORTABILITÉ**

Vos garanties cessent pour vous et vos ayants droit :

- à l'expiration de la durée de portabilité ;
- à la date de la reprise d'un emploi ;
- en cas de non-paiement de votre cotisation à la date d'échéance ;
- en cas de disparition de votre entreprise sauf si l'intégralité de la cotisation a été effectivement payée.

Vous devez impérativement informer votre ancien employeur et notre centre de gestion de tout évènement ayant mis fin à la période de portabilité.

En tout état de cause, vous vous engagez à rembourser au gestionnaire les sommes indûment versées au titre des droits nés après expiration de la période de portabilité, au plus tard dans les 8 jours qui suivent la demande de ce dernier.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ BÉNÉFICE DU MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI EVIN À L'EXPIRATION DE VOS DROITS DANS LE CADRE DE L'ANI

A l'expiration de vos droits au titre de l'ANI, vous pouvez demander à bénéficier de la prolongation de garanties frais de soins de santé. Vous êtes alors assuré à titre individuel, dès lors que vous remplissez les conditions prévues à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN, et que vous en manifestez le souhait dans un délai de 6 mois. Ce délai court à compter de la date de rupture de votre contrat de travail si la durée de portabilité est inférieure à 6 mois, et à la date à laquelle le bénéfice du maintien de garanties prévu par l'article 14 de l'ANI prend fin dès lors que la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois. L'Institution vous communiquera les garanties et les cotisations correspondantes, ces dernières étant intégralement à votre charge.

■ FORMALITÉS D'ADHÉSION

Il convient de compléter et signer la lettre de demande de portabilité des garanties et la remettre à votre ancien employeur. Cette lettre doit impérativement comporter la durée prévisionnelle de portabilité et la part salariale de la cotisation du contrat santé pour l'ensemble des garanties.

SANTÉ COLLECTIVE

**Carcept Prev, la prévoyance collective
du transport**

Carcept Prev est une marque du groupe D&O,
qui rassemble les institutions de retraite et de prévoyance
des professionnels du transport et de la logistique.
Fruits de la volonté des organisations patronales et syndicales,
il est administré sans but lucratif par les partenaires sociaux.

Avec Carcept Prev, bénéficiez de plus de soixante ans
d'expérience de la protection sociale.

Vous transportez la vie, nous protégeons la vôtre.



logistique



transport
de marchandises



transport
de voyageurs



174, rue de Charonne
75128 Paris cedex 11
www.groupe-do.fr

Une marque du groupe D&O



D&O est certifié qualité sur ses
activités de retraite, prévoyance,
assurance de personnes, santé et

CARCEPT-PREVOYANCE

**TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES
& ACTIVITES AUXILIAIRES DU TRANSPORT**



**Notice d'information
Garanties frais de soins de santé**

Ensemble du personnel en activité
et personnel en prolongation de garanties
relevant du régime local Alsace-Moselle de la Sécurité sociale



carcept prev

S O M M A I R E

I.	Introduction	5
II.	Bénéficiaires	6
III.	Prestations CARCEPT-Prévoyance	7 – 15
1.	Tableau des prestations du régime de base	7
2.	Tableau des prestations des régimes optionnels	8
3.	Règles de paiement – Limites	13
4.	Application des garanties au personnel en prolongation de garanties	15
5.	Choix de régime – changement de régime	15
IV.	Adhésion	16 – 17
1.	Date d'effet des garanties	16
2.	Formalités d'affiliation	16
3.	Faculté de renonciation	17
V.	Cessation des garanties	18
VI.	Exclusions et limitations	18 – 19
1.	Exclusions	18
2.	Limitations	19
VII.	Nullité	19
VIII.	Subrogation et recours	20
IX.	Droit d'accès et de rectification	20
X.	Prescription	20
XI.	Médiation	21
XII.	Informations	21 – 23
XIII.	Portabilité des droits au titre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008	24 – 28

I-INTRODUCTION

Votre société a adhéré auprès de la CARCEPT-Prévoyance, à une convention d'assurance garantissant la prise en charge des frais de soins de santé pour l'ensemble du personnel relevant du régime local de la Sécurité sociale et prévoyant un régime de base obligatoire et des régimes optionnels facultatifs.

Cette convention d'assurance prévoit également pour les anciens salariés qui quittent définitivement l'entreprise et bénéficiant du maintien des garanties prévu par l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi « Evin », un régime de prestations à adhésion facultative.

La gestion des remboursements des frais de soins de santé est confiée à la FMP.

La garantie frais de soins de santé a pour objet de rembourser en cas d'accident, de maladie ou de maternité, dans les limites définies par les textes en vigueur et en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, les dépenses que vous engagez pour les types d'actes définis par la convention d'assurance et dans la présente notice.

Le présent document constitue la notice d'information de ces garanties.

Il vous indique notamment :

- les modalités d'entrée en vigueur des prestations ;
- le descriptif détaillé des prestations ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- la présentation des services et les modalités de règlement des prestations ;
- le rappel des mentions obligatoires en matière de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Il est établi conformément à la convention d'assurance qui a été remise à la société adhérente.

Cette notice doit obligatoirement être transmise aux membres participants.

II - BÉNÉFICIAIRES

■ SALARIE EN ACTIVITE

La convention d'assurance est applicable à l'ensemble du personnel de l'entreprise ayant plus de six mois d'ancienneté dans l'entreprise. Le salarié peut choisir de faire bénéficier des garanties ses ayants droit en les mentionnant au bulletin d'affiliation.

L'entreprise s'engage à affilier immédiatement tous ses futurs salariés ayant plus de six mois d'ancienneté dans l'entreprise et à informer la CARCEPT-Prévoyance de tout départ de cette société.

Aucun délai de carence, ni aucune formalité médicale ne seront appliqués lors de votre adhésion.

Sur la base des cotisations et des garanties prévues à la convention d'assurance, la garantie peut s'étendre aux frais de soins de santé engagés par :

- **vous-même** ;
- **votre conjoint** ou **votre concubin** au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve qu'il apporte la preuve qu'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi ;
- **les enfants de moins de 21 ans** considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit, ceux de votre conjoint, de votre concubin, ou de la personne avec qui vous êtes lié par un pacte civil de solidarité,

Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^e anniversaire pour :

- les enfants affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ;
- les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;
- les enfants en contrat d'apprentissage.

Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique... sans maintien de votre rémunération, vous pouvez continuer à bénéficier des garanties à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant votre départ en congé.

■ PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES

- Vous pouvez continuer à bénéficier des prestations du régime de frais de santé de la CARCEPT-Prévoyance, ainsi que vos ayants droit, conjoint, concubin/PACS, si vous êtes bénéficiaire :
 - d'une allocation chômage ;
 - d'une rente d'incapacité, d'invalidité ou d'inaptitude à la conduite ;
 - d'un congé de fin d'activité ;
 - d'une pension de retraite.

Sous réserve que votre demande de maintien de garanties soit formulée **par écrit** auprès de la CARCEPT-Prévoyance **dans les 6 mois suivant** :

- la rupture de votre contrat de travail si vous n'avez pas bénéficié de la portabilité prévue par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 ;
- la fin de la période de portabilité si vous avez bénéficié de ce droit.

- De même, en cas de décès, vos ayants droit, conjoint, concubin / PACS peuvent bénéficier de la prolongation de garanties à condition d'en faire la demande auprès de notre institution dans **un délai de 6 mois à compter de la date du décès.**

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

Trois régimes sont mis en place :

- **le Régime de base** concerne à titre obligatoire l'ensemble des salariés ;
- **les deux Régimes optionnels sont facultatifs** et comprennent les garanties du régime de base obligatoire.

Si vous optez pour l'un des régimes facultatifs, la cotisation supplémentaire (différentiel entre la cotisation du régime de base et du régime optionnel choisi) sera intégralement à votre charge et sera prélevée mensuellement sur votre compte.

Par ailleurs, si vous avez opté pour étendre la garantie à vos ayants droit, ceux-ci seront automatiquement couverts par la garantie que vous avez choisie pour vous-même (régime de base obligatoire, régime facultatif option 1, régime facultatif option 2).

III - 1. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	10 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	10 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	10 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	10 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	10 % de la B.R.
- Radiologie	10 % de la B.R.
- Transport	25 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 90 %	10 % de la B.R.
- Pharmacie à 80%	20 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	10 % de la B.R.
- Chambre particulière	0,8 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	10 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	-
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 1. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME DE BASE OBLIGATOIRE (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)
- Monture	4 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	4,2 % du P.M.S.S. / paire
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	5,3 % du P.M.S.S. / paire
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	6 % du P.M.S.S.
DENTAIRE	
- Soins	10 % de la B.R.
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	55 % de la B.R.
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	50 % de la B.R.
APPAREILLAGE NON DENTAIRE	
- Prothèses / Orthopédie	10 % de la B.R.
- Appareil auditif	10 % de la B.R.
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 60 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 1

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	65 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	65 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	65 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	10 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	10 % de la B.R.
- Radiologie	10 % de la B.R.
- Transport	25 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 90 %	10 % de la B.R.
- Pharmacie à 80%	20 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	95 % de la B.R.
- Chambre particulière	1,2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1,2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	95 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	-
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 1 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)
- Monture	4,5 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	5,7 % du P.M.S.S. / paire
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	7,1 % du P.M.S.S. / paire
- Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	7,5 % du P.M.S.S.
- Chirurgie laser de la myopie	8 % du P.M.S.S. / œil
DENTAIRE	
- Soins	80 % de la B.R.
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	105 % de la B.R.
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	100 % de la B.R.R.
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	120 % de la B.R.
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la B.R.R.
APPAREILLAGE NON DENTAIRE	
- Prothèses / Orthopédie	55 % de la B.R.
- Appareil auditif	55 % de la B.R.
MATERNITE	
- Forfait naissance ou adoption	6 % du P.M.S.S.
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 110 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

B.R.R. : Base de remboursement reconstituée.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
SOINS COURANTS	
- Consultations / visites généralistes	110 % de la B.R.
- Consultations / visites spécialistes	110 % de la B.R.
- Honoraires / actes chirurgicaux	110 % de la B.R.
- Auxiliaires médicaux	110 % de la B.R.
- Examens / analyses laboratoires	110 % de la B.R.
- Radiologie	110 % de la B.R.
- Transport	90 % de la B.R.
PHARMACIE	
- Pharmacie à 90 %	10 % de la B.R.
- Pharmacie à 80%	20 % de la B.R.
- Pharmacie à 15%	85 % de la B.R.
HOSPITALISATION	
- Frais de séjour	170 % de la B.R.
- Chambre particulière	2 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	1,4 % du P.M.S.S. / jour d'hospitalisation
- Honoraires / actes chirurgicaux	170 % de la B.R.
- Forfait journalier hospitalier	-
- Franchise de 18 € pour les actes ≥ 120 €	Prise en charge

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

F.R. : Frais réels.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance	
	En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés	
OPTIQUE	(un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)	
	Adulte	Enfant
- Monture	5,5 % du P.M.S.S.	5 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries (la paire)	8,6 % du P.M.S.S.	5,8 % du P.M.S.S.
- Verres unifocaux > 6 dioptries, multifocaux ou astigmatés cylindres > 4 (la paire)	13,2 % du P.M.S.S.	7,1 % du P.M.S.S.
- Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale	8,5 % du P.M.S.S.	
- Chirurgie laser de la myopie	10 % du P.M.S.S. / œil	
DENTAIRE		
- Soins	110 % de la B.R.	
- Prothèses remboursées par la Sécurité Sociale	225 % de la B.R.	
- Prothèses non remboursées par la Sécurité Sociale	220 % de la B.R.R.	
- Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	120 % de la B.R.	
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	100 % de la B.R.R.	
- Implants	7 % du P.M.S.S. / an / bénéficiaire	
APPAREILLAGE NON DENTAIRE		
- Prothèses / Orthopédie	75 % de la B.R.	
- Appareil auditif	75 % de la B.R.	
MATERNITE		
- Forfait naissance ou adoption	12 % du P.M.S.S.	
CURE THERMALE		
- Honoraires et forfait	100 % du T.M.	
- Transport et hébergement	7 % du P.M.S.S. / an / bénéficiaire	

B.R. : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

B.R.R. : Base de remboursement reconstituée.

P.M.S.S. : Plafond mensuel de la sécurité sociale, en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice, soit 3 031€ au 1^{er} janvier 2012.

T.M. : Ticket modérateur = base de remboursement de la Sécurité Sociale – montant remboursé par la Sécurité sociale.

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

III - 2. TABLEAU DES PRESTATIONS DU RÉGIME OPTIONNEL 2 (SUITE)

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS CARCEPT-Prévoyance En complément du remboursement de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels engagés
MEDECINE DOUCE	
- Ostéopathie	Forfait de 150 € / an / bénéficiaire
PREVENTION	
- 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
- Patch anti-tabac	Forfait de 50 € / an / bénéficiaire
GARANTIE ASSISTANCE	
- Garantie assistance vie quotidienne	Incluse

III - 3. RÈGLES DE PAIEMENT – LIMITES

III - 3.1. LOI DU 13 AOÛT 2004 RÉFORME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La participation forfaitaire de 1 € prévue à l'article 20 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 n'est pas prise en charge par la présente convention d'assurance.

III.3.2. CONTRAT RESPONSABLE

Depuis le 1^{er} janvier 2006, seuls les contrats d'assurance maladie complémentaires à la Sécurité sociale répondant aux critères énoncés par le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005 (dits « contrats responsables ») pourront continuer de faire l'objet d'avantages sociaux et fiscaux.

Afin de bénéficier de ces avantages, la CARCEPT-Prévoyance est amenée à adopter pour tous les soins engagés les modalités de remboursement suivantes, en ce qui concerne l'indemnisation des actes techniques et cliniques des médecins :

- absence de prise en charge de la majoration de participation de l'assuré (égale en 2009 à 40 % du tarif servant de base au remboursement de la Sécurité sociale) en cas de non-respect du parcours de soins coordonné ou de refus de voir le médecin accéder à votre dossier médical personnel ;

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

- hors parcours de soins coordonnés (et si les garanties prévoient la prise en charge totale ou partielle de ceux-ci), les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes sont remboursés par la CARCEPT-Prévoyance via la FMP sous déduction d'une franchise visant à toujours laisser à la charge du patient sur cette partie des honoraires un montant monétaire minimal égal aux dépassements autorisés des praticiens du secteur 1 pour leurs actes cliniques. Cette franchise est généralement égale à 8 euros.
- absence de prise en charge des franchises médicales prévues par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

III.3.3. ACTES DE PRÉVENTION

Par ailleurs, la convention d'assurance prévoit la prise en charge de votre participation à concurrence du ticket modérateur pour l'ensemble des actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale et figurant à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction du 8 juin 2006.

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

- scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire ;
- un détartrage annuel complet sus- et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12) ;
- bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans ;
- dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351) ;
- dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002) ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans ;
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - coqueluche : avant 14 ans ;
 - hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;

III - PRESTATIONS

CARCEPT-Prévoyance

- rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B ;
- vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

III.3.4. MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE

Si le médicament prescrit par le praticien existe sous la forme générique, il vous sera remboursé par le présent régime sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) déduit du remboursement effectué par la Sécurité sociale.

III - 4. APPLICATION DES GARANTIES AU PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES

Si vous êtes en prolongation de garanties, vous bénéficiez des prestations identiques à celles prévues pour le personnel en activité.

III.5. CHOIX DE RÉGIME - CHANGEMENT DE RÉGIME

Vous devez choisir lors de votre adhésion l'un des régimes proposés. Le régime choisi est valable pour une durée de 2 ans à l'exception du transfert d'un régime d'un niveau inférieur vers un régime de niveau supérieur.

Le changement de régime s'opère le premier jour du trimestre civil, sous réserve d'un délai de prévenance de 6 mois avant le début du trimestre considéré.

Le changement de régime inverse (d'un régime d'un niveau supérieur vers un régime de niveau inférieur) peut, par dérogation à la règle des 2 ans, s'effectuer à tout moment en cas de changement de situation familiale :

- naissance ou adoption d'un enfant à votre charge ;
- votre mariage ou divorce ;
- le début ou la fin de votre concubinage ;
- le début ou la fin de votre PACS ;
- votre décès ou celui de l'un de vos ayants droit ;

ou de modification importante de votre contrat de travail (ex. : passage d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel).

Les ayants droit sont obligatoirement couverts par le même niveau de garanties que celui que vous avez choisi.

IV - ADHÉSION

IV- 1. DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

■ PERSONNEL ACTIF

Votre admission est effective :

- à la date de prise d'effet du bulletin d'adhésion signé par votre entreprise si vous étiez présent à cette date et que vous justifiiez de 6 mois d'ancienneté ;
- à la date à laquelle vous avez 6 mois d'ancienneté que vous ayez été embauché avant ou après la date d'effet au bulletin d'adhésion.

L'affiliation de vos ayants droit peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

Vous êtes immédiatement admis à la garantie frais de soins de santé, sans délai de carence dès lors que la déclaration individuelle d'affiliation a été transmise par l'entreprise à la CARCEPT-Prévoyance par l'intermédiaire de la FMP.

■ PERSONNEL EN PROLONGATION DE GARANTIES ET PERSONNEL DONT LE CONTRAT DE TRAVAIL EST SUSPENDU SANS MAINTIEN DE RÉMUNÉRATION

Votre admission est effective au premier jour du mois suivant la date d'effet indiquée sur votre bulletin d'affiliation à condition que ce document ainsi que votre dossier complet soient transmis dans un délai de 15 jours calendaires à compter de cette date.

L'affiliation de vos ayants droit peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

Vous êtes admis à la garantie frais de soins de santé, sans délai de carence et sans formalité médicale.

IV- 2. FORMALITES D'AFFILIATION

Pour que votre admission et/ou celle de vos ayants droit soit effective, il y a lieu de renvoyer à la CARCEPT-Prévoyance dûment complété et signé, un bulletin individuel d'affiliation, accompagné :

■ si vous adhérez seul :

- de votre relevé d'identité bancaire ou postal pour virement des prestations ;
- d'une copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale ;
- d'une autorisation de prélèvement automatique si vous avez demandé le maintien des garanties lors d'une suspension de votre contrat de travail ;

■ dans le cadre de la prolongation de garanties :

- de votre première attestation de paiement des allocations chômage ;
- de la copie de votre carte d'invalidité ;
- de vos décomptes attestant que vous percevez une pension de retraite ;
- de votre autorisation de prélèvement automatique afin de régler votre cotisation ;

IV - ADHÉSION

■ si vous adhérez avec vos ayants droit :

- de votre relevé d'identité bancaire ou postal pour virement des prestations ;
- d'une copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale en cours de validité et de la copie de l'attestation jointe à la Carte Vitale de votre conjoint, de votre concubin(e), ou du partenaire auquel vous êtes lié(e) par un PACS (avec l'attestation de moins de trois mois délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance au lieu de naissance) ;
- de la copie de l'attestation jointe à votre Carte Vitale justifiant que les enfants de moins de 21 ans sont considérés par la Sécurité sociale comme vos ayants droit, ceux de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire lié par un PACS ;
- pour les enfants âgés de plus de 21 ans jusqu'à leur 26^e anniversaire, selon les cas (**ces documents devront être fournis à chaque date anniversaire de la convention d'assurance**) :
 - un certificat de scolarité de l'année en cours pour chaque enfant qui poursuit ses études ;
 - une attestation justifiant la qualité d'enfant demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi ;
 - une copie du contrat d'apprentissage ;
- pour les enfants pour lesquels aucune limite d'âge n'est fixée :
 - la copie de la carte d'invalidité.

Si vous ne disposez plus de l'attestation jointe à votre Carte Vitale, vous devez la réclamer à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, en vous déplaçant ou par courrier, en précisant votre nom, votre adresse et votre numéro de Sécurité sociale.

Nous vous rappelons que tout changement d'adresse, de situation familiale ou de régime doit obligatoirement être signalé à votre employeur en joignant une photocopie de la nouvelle attestation d'assuré social.

IV - 3. FACULTE DE RENONCIATION

Dans le cadre du maintien des garanties, vous disposez d'une faculté de renonciation que vous pouvez exercer dans un délai de 30 jours calendaires à compter du moment où vous êtes informé par la remise de la présente notice d'information.

La renonciation à ces garanties facultatives s'effectue par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à la CARCEPT-Prévoyance dans le délai indiqué rédigé comme suit: « *en vertu de l'article L. 932-15 du Code de la Sécurité sociale qui ouvre un droit à renonciation dans le délai de 30 jours à compter de l'information de la prise d'effet du contrat, je vous informe user de cette faculté pour le contrat d'adhésion n°* ».

La renonciation entraîne la restitution dans un délai de 30 jours de l'intégralité des cotisations versées ainsi que des prestations versées par l'institution.

V - CESSATION DES GARANTIES

La garantie prend fin pour vous et pour vos ayants droit dans les cas suivants :

■ pour vous :

- au dernier jour du mois au cours duquel a eu lieu la rupture de votre contrat de travail, sauf si vous demandez le maintien des garanties à titre individuel ;
- à la date d'effet de la résiliation de la convention d'assurance conclue entre la CARCEPT-Prévoyance et votre employeur ;
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse de la Sécurité sociale, sauf situation de poursuite ou de reprise d'une activité salariée au sein de l'entreprise adhérente, autorisée par la réglementation en vigueur ;
- à la date de votre décès ;

■ pour vos ayants droit :

- dès que vous ne bénéficiez plus des garanties ;
- dès qu'ils perdent cette qualité ;

■ pour les personnes en prolongation de garanties et les salariés en congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique... ayant demandé le maintien des garanties :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement de vos cotisations ;
- à votre initiative.

Si votre garantie prend fin dans les cas énumérés ci-dessus, l'indemnisation de la CARCEPT-Prévoyance est supprimée pour tous les soins effectués après la radiation même s'ils sont relatifs à un traitement médical en cours.

Vous devez restituer, sans délai, la carte santé ouvrant droit à la pratique du tiers payant en cours de validité et rembourser toute somme indûment avancée sur votre compte.

VI - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

VI.1. EXCLUSIONS

■ Ne donnent pas lieu à garantie "frais médicaux" :

- les soins antérieurs à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel ;
- les hospitalisations en cours à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel, pour les frais engagés antérieurement à cette date d'effet ou à l'expiration du délai d'attente ;

VI - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- les frais ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels Sécurité sociale (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf mention particulière dans les dispositions spécifiques ;
- les frais en établissements de long séjour et les séjours en sections de cures médicales ;
- les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique, mouvements populaires, émeutes, participation de la personne assurée à des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- les frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de traitement esthétique, d'abus de l'alcool, de thalassothérapie, d'utilisation de stupéfiants non pris en charge par la Sécurité sociale.

Les clauses d'exclusion définies ci-dessus ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge minimale fixées à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

VI.2. LIMITATIONS

- Le montant des remboursements effectués ne doit pas excéder le montant des dépenses réelles, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un autre organisme assureur ou éventuellement un tiers responsable.
- 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 les limites de garanties prévues aux conditions particulières et de la présente notice.
- Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion et la date de cessation des garanties ouvrent droit à prestations. La date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est seule prise en considération (et non la date de prescription par le professionnel de santé).

VII - NULLITÉ

La réticence ou la fausse déclaration de mauvaise foi de votre part entraîne la nullité de la garantie dont vous bénéficiiez quand elle change la nature du risque ou en fausse l'appréciation pour l'Institution, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

VIII - SUBROGATION ET RECOURS

En cas d'accident causé par un tiers, la CARCEPT-Prévoyance vous est subrogée de plein droit, ainsi qu'à vos bénéficiaires ou ayants droit dans votre action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

L'adhésion à la CARCEPT-Prévoyance entraîne subrogation de celle-ci dans vos droits et actions à l'égard des régimes d'assurance maladie obligatoires et des mutuelles ou organismes de prévoyance pour la part des prestations avancées par la CARCEPT-Prévoyance et couvertes par ces régimes.

Dans le cas où la CARCEPT-Prévoyance ne pourrait obtenir des caisses de régime obligatoire le remboursement de sa part dans les frais engagés, au motif que vous n'avez pas ou n'avez plus droit aux prestations, vous serez tenu de rembourser à la CARCEPT-Prévoyance le montant des sommes qu'elle aurait dû normalement recevoir de ces organismes.

IX - DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes pour toute information vous concernant sur les fichiers de la CARCEPT-Prévoyance. A tout moment, vous pouvez demander au groupe D&O, service INFO CNIL, 174, rue de Charonne, 75128 - Paris cedex 11, accompagné d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité ou par mail à l'adresse suivante : info-cnil@groupe-do.fr, l'arrêt des échanges informatiques de données vous concernant.

X - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assurance souscrite par votre employeur est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Le délai de prescription est fixé à 2 ans à compter de la date des soins, la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi.

XI - MÉDIATION

Après épuisement des voies de recours internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à la CARCEPT-Prévoyance, saisir par courrier le **Médiateur de l'institution, 174, rue de Charonne - 75 128 PARIS cedex 11**.

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

XII - INFORMATIONS

■ LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

Votre cotisation est prélevée mensuellement sur votre salaire. Le montant des cotisations est indiqué dans la convention d'assurance.

Si vous optez pour l'un des régimes facultatifs, la cotisation supplémentaire (différentiel entre la cotisation du régime de base et du régime optionnel choisi) sera intégralement à votre charge et sera prélevée mensuellement sur votre compte.

Par ailleurs, si vous avez opté pour étendre la garantie à vos ayants droit, ceux-ci seront automatiquement couverts par la garantie que vous avez choisie pour vous-même (régime de base obligatoire, régime facultatif option 1, régime facultatif option 2).

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant les échéances prévues, la CARCEPT-Prévoyance vous met en demeure, par lettre recommandée d'en acquitter le montant. A compter du 11^e jour, la garantie est suspendue. Si dans les 40 suivants la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, vous êtes exclu de la garantie.

Cette exclusion ne vous libère pas du paiement des cotisations dues et la CARCEPT-Prévoyance se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toute voie de droit.

■ COMMENT CONTACTER LA FMP



Par courrier : **FMP – Service Prestations, 19 cité Voltaire CS 71121
75 134 PARIS Cedex 11**



Par mail : **carceptprev@fmp.fr**



Par internet : **www.mutagora.fr**

XII - INFORMATIONS

■ LA CONNEXION NOEMIE

Comment mettre en place la connexion NOEMIE ?

Soit en cochant la case « télétransmission » sur votre bulletin d'adhésion, soit en contactant la FMP.

Pourquoi mettre en place une connexion NOEMIE ?

- Pour gagner du temps : le délai moyen de règlement sera de 8 jours
- Pour simplifier les démarches : aucun document à envoyer à FMP

Comment savoir si la connexion NOEMIE est en place ?

Si le décompte que vous recevez de la Sécurité sociale fait référence à la FMP, vous êtes bien connecté.

Attention au chevauchement !! Pensez à supprimer toute connexion avec votre ancienne complémentaire santé sinon la télétransmission sera bloquée.

■ DOCUMENTS JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Frais d'hospitalisation

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

Frais de transport

Le bulletin de situation.

Soins externes

Avis des sommes à payer et quittance.

Orthopédie et prothèses autres que dentaires

Facture détaillée et acquittée.

Cure thermale

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.

Maternité

Extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou l'extrait de l'acte d'adoption.

Frais d'optique hors réseau ITELIS

Facture détaillée et acquittée de la monture et des verres + prescription médicale datant de moins de 1 an ;

ou facture détaillée et acquittée des lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.

Frais dentaires hors réseau ITELIS

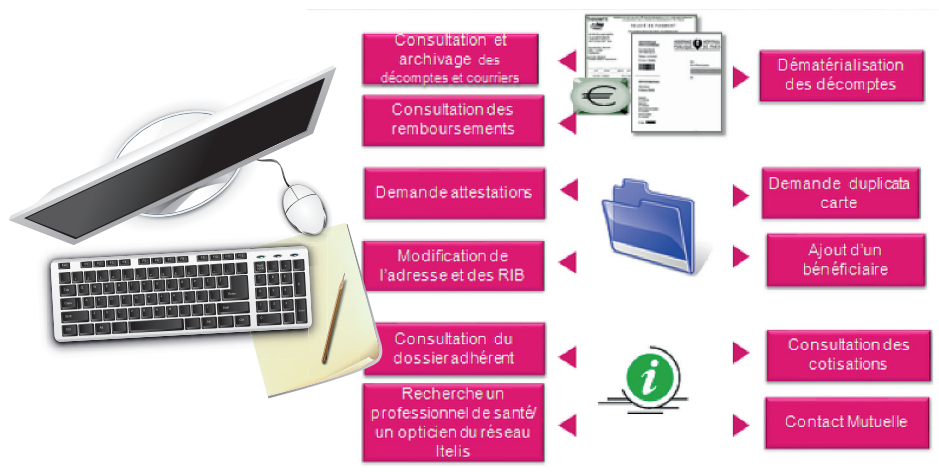
Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant : la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Les dates de début et de fin de traitement pour l'orthodontie.

XII - INFORMATIONS

■ MUTAGORA

MUTAGORA vous permet de visualiser votre dossier et d'accéder aux services suivants :



■ LE TIERS-PAYANT

La FMP pratique le tiers payant sur tous les postes santé et dans toute la France.

■ ITELIS

Présentation

ITELIS, service d'aide à la maîtrise des coûts de santé en optique, dentaire et audioprothèses vous permet de :

- comprendre pour mieux choisir : disposer d'une information fiable sur le traitement et/ou les équipements ;
- connaître le juste prix : pouvoir comparer les tarifs et payer le juste prix ;
- bénéficier d'une prise en charge de qualité quels que soient votre besoin : pouvoir accéder à un réseau de professionnels et bénéficier d'avantages notamment tarifaires.

Les services proposés

- La délivrance d'informations sur les soins dentaires, les équipements optiques et les audioprothèses.
- L'étude de devis à partir d'une base de données tarifaires.
- L'orientation vers un professionnel partenaire.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

Le présent chapitre d'information définit les conditions de mise en œuvre de la portabilité des droits prévue par l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 et prenant effet au **1^{er} juillet 2009 qui prévoit que :**

« Pour garantir le maintien de l'accès à certains droits liés au contrat de travail, en cas de rupture de celui-ci (non consécutif à une faute lourde), ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage, un mécanisme de portabilité est, dès à présent, mis en place pour éviter une rupture de tout ou partie de leur bénéfice entre le moment où il est mis fin au contrat du salarié et celui où il reprend un autre emploi et acquiert de nouveaux droits.

A cet effet, il est convenu que les intéressés garderont le bénéfice des garanties des couvertures complémentaires santé et prévoyance appliquées dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage et pour des durées égales à la durée de leur dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite de neuf mois de couverture.

Le bénéfice du maintien de ces garanties est subordonné à la condition que les droits à couverture complémentaire aient été ouverts chez le dernier employeur.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise ou par un système de mutualisation défini par accord collectif. A défaut d'accord collectif, ce système de mutualisation peut être mis en place dans les autres conditions définies à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale... ».

Seules les ruptures de contrat de travail survenues à compter du 1^{er} juillet 2009 rendent possible la portabilité des droits, sous réserve des tolérances prévues par le texte et reprises dans la présente notice.

■ OBJET DU MAINTIEN DES DROITS

Le maintien des droits, au titre de l'article 14 de l'ANI, vous permet en cas de rupture de votre contrat de travail de continuer à bénéficier pendant tout ou partie de votre période de chômage du régime de frais de santé qui était le vôtre au sein de l'entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail. Le caractère conventionnel de ce droit fait peser sur votre employeur l'obligation d'organiser le maintien de la couverture.

■ BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN DES DROITS

■ L'ancien salarié qui remplit les conditions cumulatives suivantes :

■ Contrat de travail rompu

Vous pouvez bénéficier de la portabilité des droits si vous avez quitté l'entreprise pour les raisons suivantes :

- licenciement **à l'exclusion du licenciement pour faute lourde** ;
- rupture conventionnelle ;
- démission légitime ;
- fin de contrat de travail à durée déterminée ;
- fin de la période d'essai.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ **Prise en charge par le régime d'assurance chômage**
La rupture de votre contrat de travail pour les raisons évoquées ci-dessus doit ouvrir droit à prise en charge de l'assurance chômage. Vous devez justifier auprès de votre ancien employeur du bénéfice des allocations d'assurance chômage dans les 10 jours suivant la notification.

■ **Droits à couverture complémentaire ouverts chez votre dernier employeur**
Les garanties sont maintenues si vous avez ouvert des droits à couverture chez votre dernier employeur. Ce qui exclut les salariés qui n'ont pas adhéré au régime mis en place au sein de l'entreprise.

■ **Ancienneté**
Vous devez justifier d'une durée effective de votre dernier contrat de travail chez votre ancien employeur d'un mois minimum au jour de la rupture de votre contrat de travail dans la mesure où la durée du maintien est appréciée par mois entiers. Conformément au Code du Travail la durée d'un mois s'apprécie de date à date.

■ **Vos ayants droit :**

La couverture est maintenue au profit de vos ayants droit tels que définis dans la présente notice d'information. Ils bénéficient du même niveau de garanties que vous.

■ **DROITS MAINTENUS**

■ **La nature des garanties maintenues**

Les garanties maintenues sont celles prévues dans le contrat collectif en vigueur dans votre ancienne entreprise, sous réserve que vous soyez adhérent au régime au jour de la rupture de votre contrat de travail.

Le mécanisme du maintien des garanties pendant la période de chômage vous permet d'obtenir, conformément au contrat antérieurement en vigueur :

– le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité.

■ **Niveau de garanties maintenues**

Au jour de la rupture de votre contrat de travail, le niveau de garanties maintenu correspond à celui dont vous avez bénéficié dans votre ancienne entreprise. Dans la mesure où le contrat souscrit par votre entreprise prévoit plusieurs niveaux de garanties, vous conservez pendant la période de portabilité des droits le niveau de garanties que vous aviez préalablement choisi dans votre entreprise.

■ **Conséquences de l'évolution ou de la résiliation du contrat de prévoyance pendant la période de portabilité**

Si vous bénéficiez de la portabilité des droits, l'évolution ou la résiliation du contrat de prévoyance complémentaire dans l'ancienne entreprise est sans effet sur vos droits et obligations, dès lors que l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) a été effectivement versée.

Vous continuez alors de bénéficier des conditions contractuelles en vigueur le jour du départ de votre entreprise.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ Conséquences en cas de modification de la situation juridique de votre ancienne entreprise

Le nouvel employeur reprenant les salariés en activité maintient les garanties des ex-salariés au même titre que les salariés en activité si le maintien des garanties est rattaché au contrat de travail (article L. 1224-1 du Code du travail).

■ Conséquences en cas de disparition de votre ancienne entreprise

La disparition de votre ancienne entreprise pendant la période de portabilité met fin au maintien de vos garanties dès lors que l'intégralité de la cotisation (parts patronale et salariale) nécessaire à la couverture pendant la période de portabilité des droits n'a pas été payée à l'Institution.

■ FINANCEMENT DU MAINTIEN DE VOS DROITS

■ Montant de votre cotisation mensuelle

Le montant global de la cotisation mensuelle est indiqué dans le contrat de prévoyance signé avec votre employeur. Il demeure identique à celui en vigueur dans votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail. Il vous appartient de financer la part salariale de la cotisation santé (CSG/CRDS sur la part patronale incluse).

■ Participation au financement

Vous financez conjointement avec votre employeur le maintien de vos droits dans les proportions et conditions applicables aux salariés de l'entreprise à la date de la rupture de votre contrat de travail.

■ Paiement de votre cotisation

Au jour de la rupture de votre contrat de travail, vous devez payer par chèque l'intégralité de votre part salariale finançant les garanties de frais de soins de santé sur l'ensemble de la durée prévisionnelle de garanties indiquée sur votre formulaire de maintien de vos droits.

En cas de reprise d'une activité professionnelle avant la fin de la période de portabilité, de durée de portabilité finalement inférieure à la durée prévisionnelle, votre ancien employeur s'engage sur votre demande écrite à faire procéder au remboursement du trop versé dans les 20 jours suivant la réception de votre demande.

De même, votre employeur se réserve le droit de vous réclamer la part de cotisation manquante s'il s'avère que la somme initialement versée est insuffisante pour couvrir les garanties pour la période indiquée.

■ DATE D'EFFET ET DURÉE DE MAINTIEN DE VOS DROITS

■ Point de départ du maintien des droits

La garantie est accordée dès le lendemain du jour où votre contrat de travail a été rompu, sous réserve de retourner à votre employeur dûment complétée et signée, la lettre de demande de portabilité des garanties santé.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS

au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ **Durée du maintien des droits**

La durée de la portabilité des garanties est indiquée sur votre lettre de demande à bénéficier de ce droit.

Cette durée est déterminée en fonction de la durée effective de votre dernier contrat de travail appréciée en mois entiers et des règles d'indemnisation ouvrant droit aux allocations chômage décrites dans le décret n° 2009-339 du 27 mars 2009, dans la limite de 9 mois.

■ **DROIT À RENONCIATION**

Vous avez la possibilité de renoncer au maintien des garanties dans les 10 jours suivant la date de rupture de votre contrat de travail. Vous devez à cet effet manifester expressément votre refus en adressant à votre ancien employeur un exemplaire du formulaire rédigé comme suit : « *Je soussigné, nom et prénom, déclare renoncer de manière irrévocable et définitive, à bénéficier du droit au maintien des garanties frais de soins de santé prévu par les dispositions de l'ANI du 11 janvier 2008...* ».

Vous devez rembourser au plus tard dans les 8 jours suivant la renonciation les sommes indûment versées qui sont nées au titre des droits ouverts pendant la période de renonciation, dès lors que vous avez fait valoir votre droit à renonciation.

Les garanties complémentaires santé et prévoyance sont indissociables, ce qui vous fait perdre le bénéfice de l'ensemble des garanties si vous avez renoncé à un régime, qu'il y ait un ou plusieurs organismes assureurs pour couvrir les garanties dont vous bénéficiez en tant que salarié. Autrement dit vous ne pouvez pas, par exemple, prétendre au maintien des garanties de prévoyance complémentaire lourde (décès – incapacité invalidité), si vous avez manifesté par écrit votre refus de bénéficier de la portabilité des garanties de frais de soins de santé, dès lors que les deux régimes sont en place dans votre entreprise au jour de la rupture de votre contrat de travail, qu'ils soient financés conjointement ou par un système de mutualisation.

■ **CESSATION DE LA PORTABILITÉ**

Vos garanties cessent pour vous et vos ayants droit :

- à l'expiration de la durée de portabilité ;
- à la date de la reprise d'un emploi ;
- en cas de non-paiement de votre cotisation à la date d'échéance ;
- en cas de disparition de votre entreprise sauf si l'intégralité de la cotisation a été effectivement payée.

Vous devez impérativement informer votre ancien employeur et notre centre de gestion de tout évènement ayant mis fin à la période de portabilité.

En tout état de cause, vous vous engagez à rembourser au gestionnaire les sommes indûment versées au titre des droits nés après expiration de la période de portabilité, au plus tard dans les 8 jours qui suivent la demande de ce dernier.

XIII-PORTABILITÉ DES DROITS au titre de l'article 14 de l'accord national Interprofessionnel du 11 janvier 2008

■ BÉNÉFICE DU MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE LA LOI EVIN À L'EXPIRATION DE VOS DROITS DANS LE CADRE DE L'ANI

A l'expiration de vos droits au titre de l'ANI, vous pouvez demander à bénéficier de la prolongation de garanties frais de soins de santé. Vous êtes alors assuré à titre individuel, dès lors que vous remplissez les conditions prévues à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi EVIN, et que vous en manifestez le souhait dans un délai de 6 mois. Ce délai court à compter de la date de rupture de votre contrat de travail si la durée de portabilité est inférieure à 6 mois, et à la date à laquelle le bénéfice du maintien de garanties prévu par l'article 14 de l'ANI prend fin dès lors que la durée de ce maintien est supérieure à 6 mois. L'Institution vous communiquera les garanties et les cotisations correspondantes, ces dernières étant intégralement à votre charge.

■ FORMALITÉS D'ADHÉSION

Il convient de compléter et signer la lettre de demande de portabilité des garanties et la remettre à votre ancien employeur. Cette lettre doit impérativement comporter la durée prévisionnelle de portabilité et la part salariale de la cotisation du contrat santé pour l'ensemble des garanties.

SANTÉ COLLECTIVE

**Carcept Prev, la prévoyance collective
du transport**

Carcept Prev est une marque du groupe D&O,
qui rassemble les institutions de retraite et de prévoyance
des professionnels du transport et de la logistique.
Fruits de la volonté des organisations patronales et syndicales,
il est administré sans but lucratif par les partenaires sociaux.

Avec Carcept Prev, bénéficiez de plus de soixante ans
d'expérience de la protection sociale.

Vous transportez la vie, nous protégeons la vôtre.



logistique



transport
de marchandises



transport
de voyageurs



174, rue de Charonne
75128 Paris cedex 11
www.groupe-do.fr

Une marque du groupe D&O



D&O est certifié qualité sur ses
activités de retraite, prévoyance,
assurance de personnes, santé et

**Convention d'assistance
TRM Assistance
DB9
30 janvier 2012**

Sommaire

Préambule	4
1. Généralités	4
1.1. Objet.....	4
1.2. Définitions.....	4
1.2.1. Europ Assistance.....	4
1.2.2. Bénéficiaire.....	4
1.2.3. Domicile.....	4
1.2.4. France	4
1.2.5. Etranger.....	4
1.2.6. Maladie	4
1.2.7. Maladie Redoutée	5
1.2.8. Blessure.....	5
1.2.9. Accident.....	5
1.2.10. Addiction.....	5
1.2.11. Hospitalisation	5
1.2.12. Immobilisation.....	5
1.2.13. Souscripteur	5
2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance	5
2.1. Validité et durée du contrat	5
2.2. Validité et durée des garanties	5
2.3. Conditions d'application	6
2.4. Titres de transport	6
2.5. Nature des déplacements couverts	6
2.6. Etendue territoriale.....	6
2.6.1. Assistance aux Personnes	6
2.6.2. Exclusions	6
3. Modalités d'intervention	6
4. Prestations d'assistance aux personnes	7
4.1. Quelques conseils pour votre déplacement.....	7
4.2. Transport / Rapatriement	8
4.3. Avance sur frais d'hospitalisation (à l'Etranger).....	8
4.4. Présence hospitalisation	8
4.5. Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire	9
4.6. Frais de cercueil en cas de décès d'un Bénéficiaire.....	9
4.7. Reconnaissance de corps et formalités décès	9
4.8. Transmission de messages urgents	9
4.9. Informations médicales	9
4.10. Transfert des enfants ou ascendants à charge	9
4.11. Garde des enfants, ou ascendants à charge	10
4.12. Répétiteur scolaire	10
4.13. Mise à disposition d'un véhicule médical	10
4.14. Envoi d'un médecin.....	11
4.15. Envoi de personnel de santé	11
4.16. Recherche d'une place en milieu hospitalier	11
4.17. Livraison de médicaments à Domicile	11
4.18. Aide ménagère.....	11
4.19. Conseil Social	11
4.20. Soutien psychologique.....	12
4.21. Puéricultrice	12
4.22. Conseils en puériculture.....	12
4.23. Accompagnement addiction.....	13
4.24. Envoi de prestataires de services à la personne	13
4.25. 123classez abonnement classic (Coffre-fort électronique).....	13
4.26. Information Conseil	13
5. Dispositions générales	14

5.1.	Ce que nous excluons.....	14
5.1.1.	Exclusions générales	14
5.1.2.	Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes	14
5.2.	Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés	15
5.3.	Circonstances exceptionnelles	16
5.4.	Subrogation	16
5.5.	Prescription	16
5.6.	Réclamations – Litiges	16
5.7.	Autorité de contrôle	16
5.8.	Informatique et Libertés	16

Préambule

La présente convention d'assistance constitue les Conditions Générales du contrat d'assistance TRM Assistance. Elle détermine les prestations qui seront garanties et fournies par EUROPE ASSISTANCE, entreprise régie par le code des Assurances aux Bénéficiaires du contrat « complémentaire de santé Transport Routier de Marchandises et activités auxiliaires » ci-après dénommé « TRM Santé » souscrit pour leur compte par CARCEPT Prévoyance, entré en vigueur à compter du 01/02/2012.

1. Généralités

1.1. Objet

La présente convention d'assistance TRM Assistance a pour objet de préciser les obligations réciproques d'EUROPE ASSISTANCE et des Bénéficiaires définis ci-après.

1.2. Définitions

1.2.1. Europ Assistance

Par Europ Assistance, il faut entendre EUROPE ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 23 601 857 euros, Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette, 92230 GENNEVILLIERS.

Dans la présente convention d'assistance, Europ Assistance est remplacé par le terme « Nous ».

1.2.2. Bénéficiaire

Est considéré comme Bénéficiaire le salarié d'une entreprise adhérente au contrat TRM Santé souscrit auprès de CARCEPT Prévoyance, ainsi que les personnes suivantes :

- le conjoint, pacsé ou concubin notoire du salarié vivant sous le même toit que celui-ci,
- leur(s) enfant(s) célibataire(s) âgé(s) de moins de 26 ans à charge au sens fiscal, et vivant sous le même toit, les enfants handicapés âgés de plus de 26 ans,
- les enfants adoptés, répondant aux conditions susvisées, à compter de la date de transcription du jugement d'adoption sur les registres de l'état civil français, au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours,
- le cas échéant : leur(s) enfant(s) qui viendrai(en)t à naître au cours des 12 mois de validité du contrat et cela jusqu'à la prochaine échéance du contrat en cours

Dans la présente convention d'assistance les Bénéficiaires sont désignés par le terme « Vous ».

1.2.3. Domicile

Par Domicile, il faut entendre le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire en France. Son adresse figure sur son dernier avis d'imposition sur le revenu.

1.2.4. France

Par France, il faut entendre la France métropolitaine et la Principauté de Monaco.

1.2.5. Etranger

Par « Etranger », on entend les pays listés à l'article 2.6 « Etendue Territoriale » ci-après, à l'exception de la France.

1.2.6. Maladie

Etat pathologique dûment constaté par un docteur en médecine, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

1.2.7. Maladie Redoutée

Par « Maladie Redoutée », il faut entendre : les cancers, la cécité, l'insuffisance cardiaque, l'Accident Vasculaire Cérébral, le pontage coronarien, la sclérose en plaques, l'insuffisance rénale avec dialyse, la paraplégie, les suites d'une transplantation d'organe, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson.

1.2.8. Blessure

Toute lésion corporelle médicalement constatée atteignant le Bénéficiaire, provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et empêchant le Bénéficiaire de se déplacer par ses propres moyens.

1.2.9. Accident

Tout événement soudain et fortuit atteignant le Bénéficiaire, non intentionnel de la part de ce dernier, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

1.2.10. Addiction

L'addiction désigne l'asservissement d'un Bénéficiaire à une substance dont il a contracté l'habitude par un usage plus ou moins répété.

1.2.11. Hospitalisation

Toute admission justifiée par un bulletin d'hospitalisation dans un centre hospitalier (hôpital ou clinique), prescrite par un médecin, consécutive à une Maladie ou à un Accident, et comportant au moins une nuit sur place.

1.2.12. Immobilisation

Incapacité (totale ou partielle) physique à se déplacer constatée par un médecin, faisant suite à une Maladie ou à un Accident, et nécessitant le repos au Domicile. Elle devra être justifiée par un certificat médical ou selon le Bénéficiaire concerné, par un arrêt de travail circonstancié.

1.2.13. Souscripteur

Par « Souscripteur » on entend CARCEPT Prévoyance, Institution de Prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est au 174, rue de Charonne 75011 PARIS.

2. Conditions et modalités d'application de la convention d'assistance

2.1. Validité et durée du contrat

Les garanties s'exercent à compter de la date de souscription de la présente convention jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Passé le 31 décembre, ce contrat est renouvelable chaque année par tacite reconduction, pour une période de douze mois.

Les prestations d'assistance sont accordées à compter de la souscription du contrat TRM Santé auprès de CARCEPT Prévoyance au titre duquel le Bénéficiaire est assuré et pendant la durée de validité de la garantie couvrant ce dernier.

2.2. Validité et durée des garanties

A l'égard des Bénéficiaires, la durée des garanties est la période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de résiliation de l'adhésion. L'adhésion ne peut être antérieure à la prise d'effet du présent contrat entre le Souscripteur et l'Assureur.

2.3. Conditions d'application

Notre intervention ne saurait se substituer aux interventions des services publics locaux ou de tous intervenants auxquels nous aurions l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale.

2.4. Titres de transport

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application des clauses du présent contrat, le Bénéficiaire s'engage soit à réserver à Europ Assistance le droit d'utiliser les titres de transport qu'il détient soit à rembourser à Europ Assistance les montants dont il obtiendrait le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre.

2.5. Nature des déplacements couverts

Les prestations d'assistance décrites dans la présente convention s'appliquent :

- En France, au cours de tout déplacement privé ou professionnel,
- A l'Etranger, au cours de tout déplacement privé ou professionnel, d'une durée n'excédant pas 90 jours consécutifs,

2.6. Etendue territoriale

2.6.1. Assistance aux Personnes

Monde entier.

2.6.2. Exclusions

Sont exclus les pays en état de guerre civile ou étrangère, d'instabilité politique notoire, ou subissant des catastrophes naturelles, des mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens (quel qu'en soit le motif, notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, etc.), ou désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.

3. Modalités d'intervention

Il est nécessaire, en cas d'urgence, de contacter les services de secours pour tous problèmes relevant de leurs compétences.

Afin de nous permettre d'intervenir, nous vous recommandons de préparer votre appel.

Nous vous demanderons les informations suivantes :

- vos nom(s) et prénom(s),
- l'endroit précis où vous vous trouvez, l'adresse et le numéro de téléphone où l'on peut vous joindre,
- votre numéro de contrat TRM Assistance

Si vous avez besoin d'assistance, vous devez :

- nous appeler sans attendre au n° de téléphone :
 - **01.41.85.80.77.**
 - depuis l'étranger vous devez composer le **33 1 41.85.80.77,**
 - télécopie : 01.41.85.85.71 (33 1.41.85.85.71 depuis l'étranger).

- obtenir notre accord préalable avant de prendre toute initiative ou d'engager toute dépense,

- vous conformer aux solutions que nous préconisons,
- nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit,

- nous fournir tous les justificatifs originaux des dépenses dont le remboursement est demandé.

Nous nous réservons le droit de vous demander tout justificatif nécessaire à l'appui de toute demande d'assistance (tels que notamment, certificat de décès, certificat de concubinage, avis d'imposition sous réserve d'avoir préalablement occulté tous les éléments y figurant autre que votre nom, votre adresse, et les personnes composant votre foyer fiscal, certificat médical d'arrêt de travail, etc.).

Toute dépense engagée sans notre accord ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Fausse déclaration :

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

Toute réticence ou déclaration intentionnelle fautive de votre part entraînent la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues.

Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après notification qui vous sera adressée par lettre recommandée.

4. Prestations d'assistance aux personnes

4.1. Quelques conseils pour votre déplacement

AVANT DE PARTIR

- Vérifiez que votre contrat vous couvre pour le pays concerné et pour la durée de votre voyage.
- Pensez à vous munir de formulaires adaptés à la durée et à la nature de votre voyage ainsi qu'au pays dans lequel vous vous rendez (il existe une législation spécifique pour l'Espace économique européen). Ces différents formulaires sont délivrés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à laquelle vous êtes affilié(e) afin de bénéficier, éventuellement, en cas de maladie ou d'accident d'une prise en charge directe de vos frais médicaux par cet organisme.

- Si vous vous déplacez dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union Européenne et de l'Espace Economique Européen (EEE), vous devez vous renseigner, avant votre départ, pour vérifier si ce pays a conclu un accord de sécurité sociale avec la France. Pour ce faire, vous devez consulter votre Caisse d'Assurance Maladie pour savoir si vous entrez dans le champ d'application de la dite convention et si vous avez des formalités à accomplir (retrait d'un formulaire...)

Pour obtenir ces documents, vous devez vous adresser avant votre départ à l'institution compétente et en France, auprès de la Caisse d'Assurance Maladie.

- Si vous êtes sous traitement, n'oubliez pas d'emporter vos médicaments et transportez les dans vos bagages à mains pour éviter une interruption de traitement en cas de retard ou de perte de bagages ; en effet, certains pays (Etats-Unis, Israël, etc.) n'autorisent pas les envois de ce type de produits.

SUR PLACE

- Si vous pratiquez une activité physique ou motrice à risque ou un déplacement dans une zone isolée dans le cadre de votre voyage, nous vous conseillons de vous assurer au préalable qu'un dispositif de secours d'urgence a été mis en place par les autorités compétentes du pays concerné pour répondre à une éventuelle demande de secours.

- En cas de perte ou de vol de vos clés, il peut être important d'en connaître les numéros. Prenez la précaution de noter ces références.

- De même, en cas de perte ou de vols de vos papiers d'identité ou de vos moyens de paiement, il est plus aisé de reconstituer ces documents si vous avez pris la peine d'en faire des photocopies et de noter les numéros de votre passeport, carte d'identité et carte bancaire, que vous conserverez séparément.

- A l'entrée dans certains pays, les caractéristiques du véhicule sont enregistrées sur votre passeport ou sur un document officiel ; si vous quittez le pays en laissant votre véhicule, il est nécessaire de remplir certaines formalités auprès des douanes (passeport à apurer, importation temporaire, etc.).

- Si vous êtes malade ou blessé(e), contactez-nous dans les plus brefs délais, après avoir pris soin de faire appel aux secours d'urgence (SAMU, pompiers, etc.) auxquels nous ne pouvons nous substituer.

ATTENTION

Certaines pathologies peuvent constituer une limite aux conditions d'application du contrat. Nous vous conseillons de lire attentivement la présente convention d'assistance.

4.2. Transport / Rapatriement

En cas de Blessure, de Maladie, en France ou à l'Etranger, nos médecins se mettent en relation avec le médecin local qui Vous a pris en charge à la suite de l'évènement.

Les informations recueillies auprès du médecin local, et éventuellement auprès de votre médecin traitant habituel, Nous permettent, après décision de nos médecins, de déclencher et d'organiser, en fonction des seules exigences médicales :

- soit votre retour à votre Domicile,
- soit votre transport, le cas échéant sous surveillance médicale, vers un service hospitalier approprié proche de votre Domicile,

par véhicule sanitaire léger, ambulance, wagon-lit, train 1^{ère} classe (couchette ou place assise), avion classe économique ou avion sanitaire.

Dans certains cas, votre situation médicale peut nécessiter un premier transport vers un centre de soins de proximité, avant d'envisager un retour vers une structure proche de votre Domicile.

Seuls votre situation médicale et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuel.

IMPORTANT

Il est, à cet égard, expressément convenu que la décision finale à mettre en œuvre appartient en dernier ressort à nos médecins, et ce afin d'éviter tous conflits d'autorités médicales.

Par ailleurs, dans le cas où Vous refusez de suivre la décision considérée comme la plus opportune par nos médecins, votre refus nous décharge de toute responsabilité, notamment en cas de retour par vos propres moyens, ou encore en cas d'aggravation de votre état de santé.

4.3. Avance sur frais d'hospitalisation (à l'Etranger)

En cas de Blessure, de Maladie, lors d'un déplacement à l'Etranger et tant que Vous vous trouvez hospitalisé(e), Nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 30 000 € TTC par Bénéficiaire et par an. Cette avance s'effectuera sous réserve des conditions cumulatives suivantes : pour des soins prescrits en accord avec nos médecins, tant que ces derniers Vous jugent intransportable après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à compter du jour où Nous sommes en mesure d'effectuer le transport, même si Vous décidez de rester sur place.

Dans tous les cas, Vous vous engagez à Nous rembourser cette avance au plus tard 30 jours après réception de notre facture.

Pour être vous-même remboursé(e), Vous devez ensuite effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de vos frais médicaux auprès des organismes concernés.

Cette prestation ne sera mise en œuvre qu'à la condition que Vous ou un membre de votre famille, Nous ayez préalablement retourné signé un formulaire de reconnaissance des sommes dues que Nous Vous adresserons, accompagné d'un justificatif de votre couverture complémentaire (tel qu'une copie de votre carte d'assurance complémentaire ou une attestation d'assurance).

4.4. Présence hospitalisation

En cas d'Hospitalisation de plus de 4 jours (pour un enfant de moins de 16 ans, le délai est ramené à 24 heures) ou d'immobilisation au domicile plus de 10 jours, nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour depuis la France par train 1^{ère} classe ou avion classe économique d'une personne de votre choix afin qu'elle se rende à votre chevet.

Nous prenons en charge également les frais d'hôtel de cette personne (chambre et petit-déjeuner) pendant 4 nuits maximum, jusqu'à un maximum de 60 € TTC par nuit.

4.5. Transport de corps en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire à plus de 50 Km du Domicile Nous organisons et prenons en charge le transport du défunt Bénéficiaire jusqu'au lieu des obsèques en France.

Nous prenons également en charge l'intégralité des frais nécessités par les soins de préparation et les aménagements spécifiques au transport exclusivement, à l'exclusion de tous les autres frais.

4.6. Frais de cercueil en cas de décès d'un Bénéficiaire

En cas de décès d'un Bénéficiaire, Nous participons aux frais de cercueil ou frais d'urne, que la famille se procure auprès du prestataire funéraire de son choix, jusqu'à un maximum de 765 € TTC. Les autres frais (notamment de cérémonie, convois locaux, inhumation) restent à la charge de la famille.

4.7. Reconnaissance de corps et formalités décès

Si le Bénéficiaire décède alors qu'il se trouvait seul sur place, et si la présence d'un membre de sa famille ou d'un proche s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, sur le lieu du décès, Nous organisons et prenons en charge le déplacement aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique de cette personne depuis la France jusqu'au lieu du décès.

4.8. Transmission de messages urgents

Au cours de votre voyage, si Vous êtes dans l'impossibilité de contacter une personne qui se trouve en France, Nous transmettons, à l'heure et au jour que Vous avez choisis, le message que Vous Nous aurez préalablement communiqué par téléphone.

NOTA :

Ce service ne permet pas l'usage du PCV. Le contenu de vos messages, ne saurait, par ailleurs, en aucun cas engager notre responsabilité, et reste soumis à la législation française, notamment pénale et administrative. Le non-respect de cette législation peut entraîner le refus de communiquer le message.

4.9. Informations médicales

Ce service est conçu pour Vous écouter, orienter et informer. En cas d'urgence médicale, vous devez impérativement appeler les secours d'urgence locaux.

Sur simple appel téléphonique 24 h/24, 7 j/7, Nous nous efforçons de rechercher les renseignements à caractère documentaire destinés à Vous orienter dans le domaine de la santé et du médicament.

Si une réponse ne peut Vous être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et Vous rappelons dans les meilleurs délais. Les informations sont données dans le respect de la déontologie médicale.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation ou une prescription médicale téléphonique personnalisée, de favoriser une automédication ou de remettre en cause les choix thérapeutiques de praticiens. Si telle était votre demande, Nous Vous conseillerions de consulter un médecin local ou votre médecin traitant.

Nous apportons aux questions que Vous Nous posez une réponse objective à partir d'éléments officiels et ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation que Vous pourrez en faire ni de ses conséquences éventuelles.

4.10. Transfert des enfants ou ascendants à charge

En cas de décès d'un Bénéficiaire, d'Hospitalisation imprévue de plus de 48 heures, d'Immobilisation au domicile de plus de 5 jours, d'Hospitalisation imprévue de votre garde d'enfants salariée de plus de 24 heures et lorsque Vous vous trouvez dans l'impossibilité de Vous occuper de vos enfants de moins de 16 ans ou ascendants à charge Nous organisons et prenons en charge le voyage aller-retour en train 1^{ère} classe ou avion classe économique, depuis son domicile en France, d'une personne

désignée par vos soins, ou d'une de nos hôtesse, pour venir chercher, à votre Domicile vos enfants (ou vos ascendants ou les personnes dépendantes) lorsqu'ils sont à votre charge et les conduire chez un proche en France.

Nous prenons en charge le coût du voyage aller-retour des enfants ou des ascendants ainsi que celui d'un accompagnant.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde des enfants, ou ascendants à charge »

4.11. Garde des enfants, ou ascendants à charge

En cas de décès d'un Bénéficiaire, d'Hospitalisation imprévue de plus de 48 heures, d'Immobilisation au domicile de plus de 5 jours, d'Hospitalisation imprévue de votre garde d'enfants salariée de plus de 24 heures Nous organisons et prenons en charge pour venir garder vos enfants de moins de 16 ans, à votre Domicile la présence d'une personne qualifiée pendant 20 heures maximum.

La personne que Nous enverrons au Domicile du Bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. Le service est accessible du lundi au vendredi entre 8 heures et 19 heures, hors jours fériés, à raison de 4 heures par jour minimum et de 10 heures maximum.

Le service fonctionne du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 19 h 00 hors jours fériés. Toutefois, Vous pouvez Nous joindre 24 h/24, 7 j/ 7, afin de formuler votre demande.

Dès réception de votre appel, Nous mettons tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que l'intervenant soit à votre Domicile le plus rapidement possible. Toutefois, Nous nous réservons un délai de prévenance de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer la personne qui assurera la garde de l'enfant ou de l'ascendant à charge.

Aucune dépense effectuée d'autorité par vous-même ne sera remboursée.

Dans tous les cas, Nous nous réservons le droit d'effectuer le contact médical préalable au missionnement de l'intervenant et de Vous réclamer le certificat médical (ou une photocopie).

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **maladies chroniques, maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,**
- **dans le temps : entre 19 h 00 et 8 h 00, ni les dimanches et jours fériés, ni pendant les repos hebdomadaires et congés légaux des parents Bénéficiaires.**

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants, ou ascendants à charge »

4.12. Répétiteur scolaire

En cas d'absence scolaire supérieure à 10 jours ouvrés d'un enfant Bénéficiaire, prescrite médicalement, Nous organisons et prenons en charge l'aide pédagogique à concurrence de 15 heures par semaine.

Nous recherchons un ou plusieurs répétiteurs scolaires, à partir du 10^{ème} jour d'absence scolaire, afin d'assurer la continuité du programme scolaire de l'enfant au maximum pendant l'année scolaire en cours. Les cours sont dispensés du Cours Préparatoire (école primaire) à la Terminale des lycées d'enseignement général dans les matières principales suivantes : français, anglais, allemand, espagnol, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie.

Ce ou ces enseignants sont autorisés à prendre contact avec l'établissement scolaire de l'enfant afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs le contenu du programme scolaire.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les cours continueront, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions, sous réserve que la Direction de l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent un accord formel en ce sens.

Cette prestation cesse à compter de la reprise des cours dans son école initiale par l'enfant bénéficiaire.

4.13. Mise à disposition d'un véhicule médical

En cas d'Immobilisation, d'Hospitalisation, et hors cas d'urgence, Nous recherchons une ambulance ou un véhicule sanitaire léger pour Vous conduire au centre de soins ou d'examen de votre choix

dans la limite de 50 Km. Les frais afférents à ce transport jusqu'au centre de soins ou d'examen, au-delà des 50 Km restent à votre charge. En cas d'urgence, Vous devez appeler les services de secours compétents (Samu, pompiers,...) auxquels Nous ne pouvons nous substituer.

4.14. Envoi d'un médecin

En cas d'immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, Vous avez besoin d'une consultation médicale et votre médecin traitant n'est pas disponible ; Nous Vous proposons les coordonnées de plusieurs praticiens proches de votre Domicile. Le choix du praticien et la décision finale Vous appartiennent. Les frais de consultations et de déplacements sont à votre charge.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

4.15. Envoi de personnel de santé

En cas d'immobilisation au Domicile et hors cas d'urgence, si des soins médicaux Vous ont été prescrits par un médecin, Nous pouvons Vous venir en aide 24 h/24, 7 j/7, sur simple appel téléphonique. Nous recherchons et vous communiquons les coordonnées d'un (d'une) ou de plusieurs personnel de santé (Kinésithérapeute, ou Infirmière par exemple) proche de votre Domicile, afin qu'il/elle se rende auprès de Vous. Le choix du praticien vous appartient, et ses honoraires ainsi que ses frais de déplacement sont à votre charge.

4.16. Recherche d'une place en milieu hospitalier

Nos médecins, dans la mesure du possible, recherchent une place dans un service hospitalier le plus adapté à votre pathologie et le plus proche géographiquement de votre domicile.

En cas d'urgence médicale, Vous devez impérativement appeler les secours locaux d'urgence.

4.17. Livraison de médicaments à Domicile

Vous êtes Immobilisé(e) à Domicile, à la suite d'une Maladie, d'une Blessure ou d'un Accident.

Lorsqu'un médecin vient de Vous prescrire en urgence, par ordonnance, des médicaments, si personne de votre entourage ne peut se déplacer et si les médicaments sont immédiatement nécessaires, Nous allons les chercher dans une officine de pharmacie proche de votre Domicile (ou pharmacie de garde) et Nous Vous les apportons.

Nous prenons en charge le prix de la course. Le prix des médicaments reste à votre charge. Les médicaments doivent avoir été prescrits au maximum 24 heures avant la demande d'assistance.

4.18. Aide ménagère

En cas de décès du Bénéficiaire, d'Hospitalisation de plus de 4 jours minimum, d'Immobilisation au Domicile de plus de 10 jours, Nous organisons la mise à disposition d'une aide ménagère pour effectuer les travaux ménagers à votre Domicile.

Nous prenons en charge le coût de l'aide ménagère dans la limite de 10 heures de travail, réparties pendant votre Immobilisation ou durant le mois qui suit la date de début de celle-ci (minimum de 2 heures à la fois). A défaut de la présentation des justificatifs Nous nous réservons le droit de Vous refacturer l'intégralité de la prestation.

Cette garantie s'exerce également, dans les mêmes conditions pour les cas suivants :

- en cas de séjour en maternité de plus de 5 jours, ou de maternité multiple
- en cas de chimiothérapie ou de radiothérapie (dans la limite de deux demandes par an)

4.19. Conseil Social

Notre service accompagnement social a pour vocation d'apporter, par téléphone, une assistance technique aux personnes qui rencontrent des difficultés d'ordre familial, professionnel, administratif ou budgétaire.

Vous pouvez contacter par téléphone nos assistantes sociales qui se tiennent à votre disposition du lundi au vendredi de 9 h 00 à 17 h 00 pour :

- écouter,
- analyser la demande,
- informer, orienter,
- conseiller, Faciliter les démarches administratives,
- aider à la résolution des difficultés exposées.

Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance par téléphone.

Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et rappelons dans les meilleurs délais.

Selon les cas, Nous Vous orienterons vers les catégories d'organismes ou de professionnels susceptibles de Vous répondre.

4.20. Soutien psychologique

En cas de décès, d'Aggression physique ou d'Accident de la circulation du Bénéficiaire, ou de Maladie Redoutée , Nous mettons à votre disposition, 24 h/24, 7 j /7 et 365 jours par an, un service Ecoute et Accueil Psychologique Vous permettant de contacter par téléphone des psychologues cliniciens.

Le ou les entretien(s) téléphonique(s), mené(s) par des professionnels qui garderont une écoute neutre et attentive, Vous permettra de Vous confier et de clarifier la situation à laquelle Vous êtes confronté suite à cet événement.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie applicable à la profession de psychologue, et ne s'autoriseront en aucun cas à débiter une psychothérapie par téléphone.

Nous assurons l'organisation et la prise en charge de 3 entretiens téléphoniques.

En fonction de votre situation et de votre attente, un rendez-vous pourra être aménagé afin de rencontrer près de chez Vous, un psychologue diplômé d'état choisi par Vous parmi 3 noms de praticiens que Nous Vous aurons communiqués.

Nous assurerons l'organisation de ce rendez-vous. Le choix du praticien appartient à Vous seul et les frais de cette consultation sont à votre charge.

Vous bénéficierez en cas de besoin suite à vos entretiens d'une prise en charge organisée par nos services de RDV en cabinet de psychologues dans la limite de 12 consultations dans la limite de 80 € par consultation.

4.21. Puéricultrice

En cas d'hospitalisation de la maman ou du nouveau né de plus de 5 nuits après la date d'accouchement, Nous organisons et prenons en charge la visite d'une auxiliaire de puéricultrice ou d'une aide à domicile compétente en puéricultrice pour assister les parents Bénéficiaires à leur domicile dans les soins non médicaux du nouveau né au retour de la maternité, dans la limite de 4 Heures.

4.22. Conseils en puériculture

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9 h 00 à 19 h 00, hors jours fériés, Nous communiquons au Bénéficiaire, les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines suivants :

- Dans le domaine de la santé, et des soins du nouveau-né, notamment alimentation, allaitement, sommeil, hygiène, évolution et développement du bébé, vaccinations.
- Dans le domaine des modes de garde : inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile (employés au domicile, assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, Protection Maternelle et Infantile).

Les informations recherchées et communiquées au Bénéficiaire constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'Article 66-1 de la Loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations médicales ou juridiques. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques.

Dans le cas où des recherches approfondies seraient nécessaires et si Nous ne pouvions formuler immédiatement une réponse, le Bénéficiaire serait rappelé dans les meilleurs délais.
Dans tous les cas, les informations sont communiquées par téléphone exclusivement.

4.23. Accompagnement addiction

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9 h 00 à 19 h 00, hors jours fériés, Nous Vous orienterons vers les organismes ou professionnels susceptibles de Vous accompagner dans le traitement de votre addiction. Si une réponse ne peut être apportée immédiatement, Nous effectuons les recherches nécessaires et vous rappelons dans les meilleurs délais.

4.24. Envoi de prestataires de services à la personne

Si Vous souhaitez faire réaliser des travaux d'entretien ou de réparation dans votre habitation ou faire appel à du personnel de la vie quotidienne (coiffeur à domicile, aide-ménagère...), Nous Vous mettons en relation avec des professionnels du secteur concerné.

Le coût de l'intervention reste à votre charge.

4.25. 123classez abonnement classic (Coffre-fort électronique)

Pour accéder à ce service, Vous devez vous munir du code partenaire que Europ Assistance Vous aura préalablement communiqué, afin de pouvoir procéder à votre inscription en ligne sur le site Internet www.123classez.com/classic et souscrire aux Conditions Générales d'Utilisation. Le code d'activation est « TRM123 ». Vous disposerez ensuite d'un compte d'utilisateur accessible sur ce site, Vous permettant d'archiver, de consulter et de gérer vos documents pendant toute la durée de votre abonnement.

Le service '123Classez' version CLASSIC est rendu aux conditions et limites exposées aux Conditions Générales d'Utilisation de l'abonnement 'CLASSIC', disponibles sur le site.

Vous êtes informé que l'archivage électronique de vos documents ne saurait se substituer à la conservation du document original sous format papier, qui possède une valeur probatoire supérieure aux documents copiés et dont la production pourrait s'avérer nécessaire. En conséquence, Vous reconnaissez que le service '123Classez' version CLASSIC n'a pas vocation à Vous permettre de détruire vos documents papier.

4.26. Information Conseil

Sur simple appel téléphonique, de 8 h 00 à 19 h 30, sauf dimanches et jours fériés, Nous nous efforçons de rechercher les informations et renseignements à caractère documentaire destinés à orienter vos démarches dans les domaines suivants :

- famille, mariage, divorce, succession,
- habitation, logement,
- justice,
- travail,
- impôts, fiscalité,
- assurances sociales, Allocations, retraites,
- consommation, vie privée,
- formalités, cartes,
- la législation routière (les contraventions, les procès verbaux...),
- le permis à points (les points, les stages, les sanctions...),
- enseignement, formation,
- voyages, loisirs,
- assurances, responsabilité civile,
- services publics, exclusivement d'ordre privé.

Dans tous les cas, ces informations constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Il ne peut en aucun cas s'agir de consultations juridiques. Selon les cas, Nous pourrions Vous orienter vers les organismes professionnels susceptibles de vous répondre. Nous nous engageons à respecter une totale confidentialité des conversations tenues lors de ces prestations d'assistance téléphoniques. Nous nous efforçons de répondre immédiatement à tout appel mais pouvons être conduit pour certaines demandes à procéder à des recherches entraînant un délai de réponse. Nous serons alors amenés à vous recontacter dans les meilleurs délais, après avoir effectué les recherches nécessaires.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables de l'interprétation, ni de l'utilisation faite par Vous des informations communiquées.

5. Dispositions générales

5.1. Ce que nous excluons

5.1.1. Exclusions générales

Nous ne pouvons intervenir lorsque vos demandes sont consécutives :

- à une guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des actes de terrorisme, une catastrophe naturelle
- à votre participation volontaire à des émeutes ou grèves, rixes ou voies de fait,
- à la désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- à l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcool,
- à un acte intentionnel de votre part ou d'un acte dolosif, d'une tentative de suicide ou suicide,
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses, ou compétitions motorisées (ou leurs essais), soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque vous y participez en tant que concurrent, ou au cours d'essais sur circuit soumis à homologation préalable des pouvoirs publics, et ce, même si vous utilisez votre propre véhicule.
- aux sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie de la convention d'assistance ou en dehors des dates de validité de garantie, et notamment au delà de la durée de déplacement prévu à l'Etranger.

Sont également exclus :

- les frais engagés sans notre accord, ou non expressément prévus par les présentes dispositions générales,
- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais de franchise non rachetable en cas de location de véhicule,
- les frais de carburant et de péage,
- les frais de douane,
- les frais de restauration.

5.1.2. Exclusions spécifiques à l'assistance aux Personnes

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Outre les Exclusions Générales figurant au chapitre 5.1.1, sont exclus :

- les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique, de l'exposition à des agents biologiques infectants, de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat, de l'exposition à des agents incapacitants, de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font

l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays de domicile,

- les Maladies et/ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, d'une hospitalisation de jour ou d'une hospitalisation ambulatoire dans les 6 mois précédant toute demande, qu'il s'agisse de la manifestation ou de l'aggravation dudit état,
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical ou d'intervention de chirurgie esthétique, leurs conséquences et les frais en découlant,
- l'organisation et la prise en charge du transport visé au chapitre « Transport / Rapatriement » pour des affections bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée et ses conséquences ou à l'interruption volontaire de grossesse et ses conséquences,
- les demandes relatives à la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives, médicales),
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant
- les cures thermales et les frais en découlant,
- les frais médicaux engagés dans votre pays de Domicile,
- les frais d'optique (lunettes et verres de contact par exemple),
- les vaccins et frais de vaccination,
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant, et leurs conséquences,
- les interventions à caractère esthétique, les frais en découlant ainsi que leurs conséquences,
- les séjours dans une maison de repos et les frais en découlant,
- les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies, ostéopathies, les frais en découlant, et leurs conséquences,
- les services médicaux ou paramédicaux et l'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française, et les frais s'y rapportant,
- les bilans de santé concernant un dépistage à titre de prévention, les traitements ou analyses réguliers, et les frais y afférant,
- les recherches et secours de personne, notamment en montagne, en mer ou dans le désert, et les frais s'y rapportant,
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- les frais d'annulation de voyage,
- les frais de secours hors piste de ski.

5.2. Limitations en cas de force majeure ou autres événements assimilés

Nous ne pouvons en aucun cas nous substituer aux organismes locaux en cas d'urgence.

Nous ne pouvons être tenus pour responsables des manquements, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'évènements tels que :

- guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles,

- recommandations de l'O.M.S. ou des autorités nationales ou internationales ou restriction à la libre circulation des personnes et des biens, et ce quel qu'en soit le motif notamment sanitaire, de sécurité, météorologique, limitation ou interdiction de trafic aéronautique,
- grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité,
- délais et/ou impossibilité à obtenir les documents administratifs tels que visas d'entrée et de sortie, passeport, etc. nécessaires à votre transport à l'intérieur ou hors du pays où vous vous trouvez ou à votre entrée dans le pays préconisé par nos médecins pour y être hospitalisé(e),
- recours à des services publics locaux ou à des intervenants auxquels nous avons l'obligation de recourir en vertu de la réglementation locale et/ou internationale,
- inexistence ou indisponibilité de moyens techniques ou humains adaptés au transport (y compris refus d'intervention).

5.3. Circonstances exceptionnelles

Les transporteurs de personnes (dont notamment les compagnies aériennes) sont susceptibles d'opposer pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou pour les femmes enceintes, des restrictions applicables jusqu'au moment du début du transport, et susceptibles d'être modifiées sans préavis (ainsi pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.).

De ce fait, le rapatriement de ces personnes ne pourra être réalisé que sous réserve d'absence de refus du transporteur, et bien évidemment, d'absence d'avis médical défavorable (tel que prévu et suivant les modalités prévues au chapitre « transport/rapatriement ») au regard de la santé de l'Assuré ou de l'enfant à naître.

5.4. Subrogation

Europ Assistance est subrogée, à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle, dans les droits et actions des Bénéficiaires contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

5.5. Prescription

Toute action concernant cette convention d'assistance, qu'elle émane de Vous ou de Nous, ne peut être exercée que pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (Articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances).

La prescription peut être interrompue par :

- la désignation d'un expert;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec A.R. adressée par Nous en ce qui concerne le paiement de la cotisation et par Vous en ce qui concerne le règlement d'un sinistre;
- la saisie d'un tribunal même en référé;
- toute cause ordinaire d'interruption de la prescription

5.6. Réclamations – Litiges

En cas de réclamation ou de litige, le Bénéficiaire pourra s'adresser au service Qualité d'Europ Assistance, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

5.7. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel – ACP – 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

5.8. Informatique et Libertés

Toutes les informations recueillies par EUROP ASSISTANCE FRANCE, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex, lors de la souscription à l'un de ses services et/ou lors de la réalisation des prestations sont nécessaires à l'exécution des engagements que nous prenons à votre égard. A

défaut de réponse aux renseignements demandés, EUROP ASSISTANCE sera dans l'impossibilité de vous fournir le service auquel vous souhaitez souscrire.

Ces informations sont uniquement réservées aux services d'EUROP ASSISTANCE FRANCE en charge de votre contrat et pourront être transmises pour les seuls besoins de la réalisation du service à des prestataires ou partenaires d'EUROP ASSISTANCE FRANCE.

EUROP ASSISTANCE FRANCE se réserve également la possibilité d'utiliser vos données personnelles à des fins de suivi qualité ou d'études statistiques.

EUROP ASSISTANCE FRANCE peut être amenée à communiquer certaines de vos données aux partenaires à l'origine de la présente garantie d'assistance.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des informations vous concernant en écrivant à : Europ Assistance France - Service Qualité, 1 promenade de la Bonnette, 92633 Gennevilliers cedex.

Si pour les besoins de la réalisation du service demandé, un transfert des informations vous concernant est réalisé en dehors de la Communauté Européenne, EUROP ASSISTANCE FRANCE prendra des mesures contractuelles avec les destinataires afin de sécuriser ce transfert.

Par ailleurs, les Bénéficiaires sont informés que les conversations téléphoniques qu'ils échangeront avec EUROP ASSISTANCE FRANCE pourront faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels. Ces conversations sont conservées deux mois à compter de leur enregistrement. Les Bénéficiaires pourront s'y opposer en manifestant leur refus auprès de leur interlocuteur.

→ Garanties détaillées et tarifs Alsace Moselle

Les taux de remboursement sont exprimés en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels engagés.

GARANTIES	SECURITE SOCIALE	COUVERTURE CONVENTIONNELLE MINIMALE			
	REGIME LOCAL	REGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2	
SOINS COURANTS					
- Consultations / visites généralistes	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR	
- Consultations / visites spécialistes	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR	
- Honoraires / actes chirurgicaux	90 % BR	10 % BR	65 % BR	110 % BR	
- Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR	
- Examens / analyses laboratoires	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR	
- Radiologie	90 % BR	10 % BR	10 % BR	110 % BR	
- Transport	90 % BR	25 % BR	25 % BR	90 % BR	
PHARMACIE					
- Pharmacie à 65%	90 % BR	10 % BR	10 % BR	10 % BR	
- Pharmacie à 30%	80 % BR	20 % BR	20 % BR	20 % BR	
- Pharmacie à 15%	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR	
HOSPITALISATION					
- Frais de séjour	90 % ou 100 % BR	10 % BR	95 % BR	170 % BR	
- Chambre particulière	-	0,8 % PMSS / j	1,2 % PMSS / j	2 % PMSS / j	
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	-	1 % PMSS / j	1,2 % PMSS / j	1,4 % PMSS / j	
- Honoraires / actes chirurgicaux	90 % ou 100 % BR	10 % BR	95 % BR	170 % BR	
- Forfait journalier	-	-	-	-	
- Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	-	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	
OPTIQUE en % PMSS (un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)					
				adulte	enfant
- Monture	90 % BR	4 %	4,5 %	5,5 %	5 %
- Verres unifocaux (en % du PMSS par paire) - jusqu'à 6 dioptries - supérieur à 6 dioptries	90 % BR	4,2 % 5,3 %	5,7 % 7,1 %	8,6 % 13,2 %	5,8 % 7,1 %
- Verres multifocaux ou astigmatés cylindres > 4 (en % du PMSS par paire)	90 % BR	5,3 %	7,1 %	13,2 %	7,1 %
- Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	90 % BR	6 %	7,5 %	8,5 %	
- Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	-	-	-	
- Chirurgie laser de la myopie (par œil)	-	-	8 %	10 %	
DENTAIRE					
- Soins	90 % BR	10 % BR	100 % BR	110 % BR	
- Prothèses remboursables	90 % BR	55 % BR	125 % BR	225 % BR	
- Prothèses non remboursables	-	-	100 % BRR	220 % BRR	
- Orthodontie remboursable	100 % BR	50 % BR	120 % BR	120 % BR	
- Orthodontie non remboursable	-	-	100 % BRR	100 % BRR	
- Implants	-	-	-	7 % PMSS	
DIVERS					
- Prothèses Orthopédie	90 % BR	10 % BR	55 % BR	75 % BR	
- Appareil auditif	90 % BR	10 % BR	55 % BR	75 % BR	
- Forfait naissance ou adoption	-	-	6 % PMSS	12 % PMSS	
- Cure thermique : honoraires et forfait	90 % BR	-	-	100 % TM	
- Cure thermique : transport et hébergement	-	-	-	7 % PMSS	
- Ostéopathie (forfait /an/bénéficiaire)	-	60 €	110 €	150 €	
- Patch anti-tabac (forfait /an/bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €	
- Tiers payant	-	Oui	Oui	Oui	
COTISATION MENSUELLE 2012					
- Par adulte		0,60 % PMSS	1,90 % PMSS	1,20 % PMSS	
- Par enfant - Gratuité pour le 3 ^e enfant et suivants		0,30 % PMSS	0,43 % PMSS	0,54 % PMSS	
dont la part employeur minimum sur la cotisation du salarié		0,30 % PMSS	0,30 % PMSS	0,30 % PMSS	

(A) : Adulte - (E) : Enfant - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale Reconstituée
FR : Frais Réels - TM : Ticket Modérateur (différence entre la Base de Remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale)

TARIF COUPLE
à partir de
27,28 €
salarié
+ 9,10 €
employeur

LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE SANTÉ

→ Quelle est la part remboursée par la Sécurité sociale ?

Le remboursement de la Sécurité sociale est calculé sur une base de remboursement (BR) à laquelle est appliqué un taux qui diffère selon la nature des soins. La Base de Remboursement est la référence des tarifs dits conventionnels. Le Ticket Modérateur (TM) est la différence entre ceux-ci et le remboursement de la Sécurité sociale.

Exemple : consultation à 35 € d'un médecin généraliste de secteur 2*

BASE DE REMBOURSEMENT (BR = tarif conventionnel) 23 €	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE (90% BR - 1 €)	19,70 €
	PARTICIPATION FORFAITAIRE	1 €
	TICKET MODERATEUR	2,30 €
	DEPASSEMENT D'HONORAIRES	12 €
Total (frais réels engagés)		35 €

La Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour ce type de dépense de santé est de 23 €. Elle y applique un taux de remboursement de 90%. Elle rembourse ainsi $90\% \times 23 \text{ €} = 20,70 \text{ €}$, desquels elle retire 1 € de participation forfaitaire. La prise en charge de la Sécurité sociale est donc ici de 19,70 €. Il reste 15,30 € à la charge de l'assuré.

→ Quelle est la part remboursée par la complémentaire santé CARCEPT-Prévoyance ?

Exemple 1 : consultation d'un médecin généraliste

Remboursement d'une consultation chez un généraliste secteur 2* dont le coût est de 35 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	19,70 €	19,70 €	19,70 €	19,70 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		2,30 €	14,30 €	14,30 €
Reste à charge de l'assuré	15,30 €	13 €	1 €	1 €

Exemple 2 : frais d'optique

Remboursement de 2 verres blancs simples foyer unifocaux identiques adulte (jusqu'à 6 dioptries) dont le coût est de 270 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	4,12 €	4,12 €	4,12 €	4,12 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		127,30 €	172,77 €	260,67 €
Reste à charge de l'assuré	265,88 €	138,58 €	93,11 €	5,21 €

Exemple 3 : prothèses dentaires

Remboursement d'une prothèse remboursée par la Sécurité sociale (codification SPR50) dont le coût est de 500 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	96,75 €	96,75 €	96,75 €	96,75 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		59,13 €	112,88 €	241,88 €
Reste à charge de l'assuré	403,25 €	344,12 €	290,37 €	161,37 €

LES + CARCEPT-PRÉVOYANCE

- une couverture spécifiquement étudiée et négociée par les représentants de la Profession ;
- des garanties complètes pour un coût modéré ;
- un régime pérenne grâce à une large mutualisation sur les entreprises du secteur ;
- un tarif qui n'augmentera pas pendant 3 ans pour le régime de base (à législation sociale et fiscale supposées inchangées sur la période) ;
- des services optimisés : tiers-payant, remboursements rapides, consultation en ligne ou réception par e-mail des décomptes à chaque remboursement, prises en charge optiques, dentaires et hospitalières, assistance complète...
- une action sociale pour accompagner les personnes en difficulté.

La solidarité est une valeur fondamentale

Au travers d'aides sociales individuelles et collectives, environ 8 millions d'euros sont consacrés chaque année par les institutions du Transport à des actions en faveur des actifs et des retraités les plus fragiles de la profession.

* Conventionné avec la Sécurité sociale et à honoraires libres.

→ Garanties détaillées et tarifs

Les taux de remboursement sont exprimés en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels engagés.

GARANTIES	SECURITE SOCIALE	COUVERTURE CONVENTIONNELLE MINIMALE			
	REGIME GENERAL	REGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2	
SOINS COURANTS					
- Consultations / visites généralistes	70 % BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR	
- Consultations / visites spécialistes	70% BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR	
- Honoraires / actes chirurgicaux	70 % BR	30 % BR	85 % BR	130 % BR	
- Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	40 % BR	130 % BR	
- Examens / analyses laboratoires	60 % BR	40 % BR	40 % BR	130 % BR	
- Radiologie	70 % BR	30 % BR	30 % BR	130 % BR	
- Transport	65 % BR	50 % BR	50 % BR	115 % BR	
PHARMACIE					
- Pharmacie à 65%	65 % BR	35 % BR	35 % BR	35 % BR	
- Pharmacie à 30%	30 % BR	70 % BR	70 % BR	70 % BR	
- Pharmacie à 15%	15 % BR	85 % BR	85 % BR	85 % BR	
HOSPITALISATION					
- Frais de séjour	80 % ou 100 % BR	20 % BR	105 % BR	180 % BR	
- Chambre particulière	-	0,8 % PMSS / j	1,2 % PMSS / j	2 % PMSS / j	
- Forfait accompagnant (moins de 16 ans)	-	1 % PMSS / j	1,2 % PMSS / j	1,4 % PMSS / j	
- Honoraires / actes chirurgicaux	80 % ou 100 % BR	20 % BR	105 % BR	180 % BR	
- Forfait journalier	-	100 % FR	100 % FR	100 % FR	
- Franchise de 18 € pour les actes > 120 €	-	Prise en charge	Prise en charge	Prise en charge	
OPTIQUE en % PMSS (un forfait tous les deux ans pour les adultes, lunettes ou lentilles)					
				adulte	enfant
- Monture	60 % BR	4 %	4,5 %	5,5 %	5 %
- Verres unifocaux (en % du PMSS par paire)					
- jusqu'à 6 dioptries	60 % BR	4,2 %	5,7 %	8,6 %	5,8 %
- supérieur à 6 dioptries		5,3 %	7,1 %	13,2 %	7,1 %
- Verres multifocaux ou astigmatiques cylindres > 4 (en % du PMSS par paire)	60 % BR	5,3 %	7,1 %	13,2 %	7,1 %
- Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	60 % BR	6 %	7,5 %	8,5 %	
- Lentilles refusées par la Sécurité sociale	-	-			
- Chirurgie laser de la myopie (par œil)	-	-	8 %	10 %	
DENTAIRE					
- Soins	70 % BR	30 % BR	100 % BR	130 % BR	
- Prothèses remboursables	70 % BR	75 % BR	125 % BR	245 % BR	
- Prothèses non remboursables	-	-	100 % BRR	220 % BRR	
- Orthodontie remboursable	100 % BR	50 % BR	120 % BR	120 % BR	
- Orthodontie non remboursable	-	-	100 % BRR	100 % BRR	
- Implants	-	-	-	7 % PMSS	
DIVERS					
- Prothèses Orthopédie	60 % BR	40 % BR	85 % BR	105 % BR	
- Appareil auditif	60 % BR	40 % BR	85 % BR	105 % BR	
- Forfait naissance ou adoption	-	-	6 % PMSS	12 % PMSS	
- Cure thermique : honoraires et forfait	70% BR et 65% BR	-	-	100 % TM	
- Cure thermique : transport et hébergement	-	-	-	7 % PMSS	
- Ostéopathie (forfait /an/bénéficiaire)	-	60 €	110 €	150 €	
- Patch anti-tabac (forfait /an/bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €	
- Tiers payant	-	Oui	Oui	Oui	
COTISATION MENSUELLE 2012					
- Par adulte		1,00 % PMSS	1,50 % PMSS	2,00 % PMSS	
- Par enfant - Gratuité pour le 3 ^e enfant et suivants		0,50 % PMSS	0,72 % PMSS	0,90 % PMSS	
dont la part employeur minimum sur la cotisation du salarié		0,50 % PMSS	0,50 % PMSS	0,50 % PMSS	

(A) : Adulte - (E) : Enfant - BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - BRR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale Reconstituée
FR : Frais Réels - TM : Ticket Modérateur (différence entre la Base de Remboursement et le remboursement de la Sécurité sociale)

TARIF COUPLE
à partir de
45,46 €
salarié
+ 15,16 €
employeur

LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS DE SANTÉ

→ Quelle est la part remboursée par la Sécurité sociale ?

Le remboursement de la Sécurité sociale est calculé sur une base de remboursement (BR) à laquelle est appliqué un taux qui diffère selon la nature des soins. La Base de Remboursement est la référence des tarifs dits conventionnels. Le Ticket Modérateur (TM) est la différence entre ceux-ci et le remboursement de la Sécurité sociale.

Exemple : consultation à 35 € d'un médecin généraliste de secteur 2*

BASE DE REMBOURSEMENT (BR = tarif conventionnel) 23 €	REMBOURSEMENT SECURITE SOCIALE (70% BR - 1 €)	15,10 €
	PARTICIPATION FORFAITAIRE	1 €
	TICKET MODERATEUR	6,90 €
	DEPASSEMENT D'HONORAIRES	12 €
Total (frais réels engagés)		35 €

La Base de Remboursement de la Sécurité sociale pour ce type de dépense de santé est de 23 €. Elle y applique un taux de remboursement de 70%. Elle rembourse ainsi $70\% \times 23 \text{ €} = 16,10 \text{ €}$, desquels elle retire 1 € de participation forfaitaire. La prise en charge de la Sécurité sociale est donc ici de 15,10 €. Il reste 19,90 € à la charge de l'assuré.

→ Quelle est la part remboursée par la complémentaire santé CARCEPT-Prévoyance ?

Exemple 1 : consultation d'un médecin généraliste

Remboursement d'une consultation chez un généraliste secteur 2* dont le coût est de 35 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		6,90 €	18,90 €	18,90 €
Reste à charge de l'assuré	19,90 €	13 €	1 €	1 €

Exemple 2 : frais d'optique

Remboursement de 2 verres blancs simples foyer unifocaux identiques adulte (jusqu'à 6 dioptries) dont le coût est de 270 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	2,75 €	2,75 €	2,75 €	2,75 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		127,30 €	172,77 €	260,67 €
Reste à charge de l'assuré	267,25 €	139,95 €	94,48 €	6,58 €

Exemple 3 : prothèses dentaires

Remboursement d'une prothèse remboursée par la Sécurité sociale (codification SPR50) dont le coût est de 500 €.

	SANS COMPLEMENTAIRE	AVEC REGIME DE BASE	AVEC OPTION 1	AVEC OPTION 2
Remboursement de la Sécurité sociale	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
Remboursement CARCEPT-Prévoyance		80,63 €	134,38 €	263,38 €
Reste à charge de l'assuré	424,75 €	344,12 €	290,37 €	161,37 €

LES + CARCEPT-PRÉVOYANCE

- une couverture spécifiquement étudiée et négociée par les représentants de la Profession ;
- des garanties complètes pour un coût modéré ;
- un régime pérenne grâce à une large mutualisation sur les entreprises du secteur ;
- un tarif qui n'augmentera pas pendant 3 ans pour le régime de base (à législation sociale et fiscale supposées inchangées sur la période) ;
- des services optimisés : tiers-payant, remboursements rapides, consultation en ligne ou réception par e-mail des décomptes à chaque remboursement, prises en charge optiques, dentaires et hospitalières, assistance complète...
- une action sociale pour accompagner les personnes en difficulté.

La solidarité est une valeur fondamentale

Au travers d'aides sociales individuelles et collectives, environ 8 millions d'euros sont consacrés chaque année par les institutions du Transport à des actions en faveur des actifs et des retraités les plus fragiles de la profession.

* Conventionné avec la Sécurité sociale et à honoraires libres.