

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : CARCEPT-Prévoyance

Produit : TRANSPORT SANTE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales, la Notice d'information et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

TRANSPORT SANTE a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ SOINS COURANTS

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes (y compris téléconsultation) ; Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux ; Auxiliaires médicaux ; Actes d'imagerie ; Analyses et examens de laboratoire ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale

✓ HOSPITALISATION

Honoraires ; Participation forfaitaire sur les actes lourds ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Chambre particulière par jour (y compris maternité) ; Forfait accompagnant par jour

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % Santé » ; Verres ; Monture ; Prestation d'adaptation ; Lentilles remboursées par la Sécurité sociale

✓ DENTAIRE

Équipement « 100 % Santé » ; Soins dentaires ; Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale ; Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ AIDE AUDITIVE

Équipement « 100 % Santé » ; Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale ; Petits accessoires auditifs (piles, ...)

✓ PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale (ostéopathie, chiropractie...) ; Sevrage tabagique

✓ DIVERS

Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (forfait honoraires / transport / hébergement) ; Thalassothérapie ; Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ SERVICES

- Assistance IMA
- Réseau de soins Santéclair
- Téléconsultation non prise en charge par la Sécurité sociale Médecin Direct

Selon la garantie choisie :

Forfait automédication ; Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ; Chirurgie de la vision ; Actes prothétiques et Orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale ; Implantologie ; Parodontologie ; Vaccins antigrippaux (prescrits et non remboursés) ; Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) ; Sevrage tabagique (prescrit) ; Forfait naissance, adoption.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

TRANSPORT SANTE ne rembourse pas :

- ✗ les soins non prévus dans le tableau des prestations



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement par l'Institution :

- ! Les actes hors nomenclature ;
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ;
- ! Les frais dont l'interdiction de prise en charge est prévue dans le cadre du respect du cahier des charges des contrats responsables ;
- ! Les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux.

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 la Sécurité sociale, dans les limites de la garantie prévues aux conditions particulières.
- ! Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est-à-dire entre la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion et la date de cessation de la garantie, 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)



Dans quel pays suis-je couvert ?



La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

L'Entreprise Adhérente adhère obligatoirement au régime de base défini dans le présent contrat. Celle-ci doit adresser à CARCEPT-Prévoyance :

- Un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité comportant notamment la date d'effet de l'adhésion, le montant de la garantie, les taux de cotisation correspondants
- Les bulletins d'affiliation des participants.

▪ En cours de contrat

L'entreprise Adhérente doit informer immédiatement CARCEPT-Prévoyance :

- De toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation (fusion, scission, location gérance...).
- De toute sortie d'effectif afin de permettre la mise à jour des fichiers de l'Institution auprès des centres de traitement Sécurité sociale,



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement par l'entreprise adhérente, à terme échu, dans les trente jours suivant chaque trimestre civil.



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

La date d'effet de l'adhésion au contrat d'assurance collective est indiquée au certificat d'admission. L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque exercice, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de l'Institution conformément aux dispositions contractuelles, à l'article relatif à la résiliation du contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat frais de santé par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription/de l'adhésion, à tout moment. L'Institution doit accuser réception par écrit de la résiliation du contrat en précisant à l'adhérent la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus de la modification du contrat par l'Institution (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification.