



CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

SURCOMPLEMENTAIRE FACULTATIF

Ensemble du personnel des entreprises relevant de la Convention Collective Nationale des Transports Routiers et des Activités Auxiliaires du Transport

(IDCC 16)

TRANSPORT ROUTIER DE MARCHANDISES ET ACTIVITÉS AUXILIAIRES DU TRANSPORT

Date d'effet : 1^{er} juillet 2022

SOMMAIRE

Lexique	4
TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES	6
1 - GENERALITES	6
Article 1 – Cadre juridique	6
Article 2 – Objet.....	6
Article 3 – Contrat responsable.....	6
Article 4 – Contrôle de l'institution.....	7
Article 5 – Réclamation et médiation.....	7
Article 6 – Communication par voie électronique.....	8
Article 7 – Protection des données personnelles.....	8
Article 8 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	8
Article 9 – Lutte contre la fraude à l'assurance.....	9
2 – DEROULEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE	10
Article 10 – Champ d'application – date d'effet et durée de l'adhésion	10
Article 11 – Adhésion de l'entreprise.....	10
■ 11.1. <i>Affiliation facultative des Participants</i>	10
■ 11.2. <i>Informations à fournir à l'Institution</i>	10
■ 11.3. <i>Informations à fournir aux Participants</i>	10
Article 12 – Affiliation.....	11
■ 12.1 <i>Conditions d'affiliation des Participants</i>	11
■ 12.2 <i>Affiliation des Participants aux formules facultatives</i>	11
■ 12.3 <i>Choix de formules facultatives possibles</i>	11
■ 12.4 <i>Extension facultative aux ayants droit</i>	11
■ 12.5 <i>Date d'affiliation et date d'effet de la garantie</i>	12
■ 12.6. <i>Justificatifs</i>	12
■ 12.7. <i>Faculté de renonciation</i>	13
■ 12.8. <i>Modalités de résiliation de l'affiliation du Participant</i>	13
Article 13 – Révision du contrat d'assurance collective (garanties et cotisations)	13
■ 13.1. <i>Modification du contrat d'assurance collective</i>	13
■ 13.2. <i>Avenant au contrat d'assurance collective</i>	14
■ 13.3. <i>Incidences des révisions</i>	14
3 – SUSPENSION – CESSATION DE LA GARANTIE – RESILIATION – MAINTIEN DE GARANTIES	15
Article 14 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail.....	15
■ 14.1. <i>Maintien de l'affiliation</i>	15
■ 14.2. <i>Suspension de l'affiliation</i>	15
Article 15 - Cessation de la garantie	15
Article 16 – Résiliation de l'adhésion au contrat	16
■ 16.1. <i>Résiliation par l'Institution</i>	16
■ 16.2. <i>Résiliation par l'Adhérente</i>	16
■ 16.3. <i>Changement d'activité</i>	16
Article 17 - Maintien des garanties au bénéfice du Participant.....	16
■ 17.1. <i>Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale</i>	16
■ 17.2. <i>Maintien des garanties au titre de la loi Evin</i>	17
4 – COTISATIONS	19
Article 18 – Assiette et montant des cotisations	19
Article 19 – Paiement des cotisations	19
Article 20 – Défaut de paiement des cotisations	19
5 – PRESTATIONS	20
Article 21 – Définition des prestations.....	20
Article 22 – Montant des prestations.....	23
Article 23 – Paiement des prestations.....	23

Article 24 - Documents nécessaires au règlement des prestations	24
Article 25 – Bon de prise en charge	25
Article 26 – Tiers payant	25
Article 27 – Fausse déclaration	25
Article 28 – Prescription	25
Article 29 – Subrogation	25
Article 30 – Contrôle médical	25
Article 31 – Evènements exclus	26
TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES	27
1 – TAUX DE COTISATION.....	27
2 – TABLEAU DES PRESTATIONS	28

LEXIQUE

■ 100 % santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

■ Ayant droit

Personne bénéficiant des garanties du présent contrat du chef du Participant à condition d'avoir été préalablement affiliée.

■ Base de remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

■ Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

■ Cotisations

Contribution des salariés et/ou de l'employeur versée à l'Institution en contrepartie de son engagement.

■ Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

■ Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

■ Entreprise adhérente ou adhérente

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de son personnel défini au certificat d'adhésion, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

■ Forfait journalier ou hospitalier

Participation du Participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

■ Frais réels

Dépense réellement engagée par le Participant pour un acte médical donné.

■ Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

■ Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

■ Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

■ Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

■ Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

■ Noémie

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

■ Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débuter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

■ Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée.

■ Prestation

Exécution de la garantie par l'Institution.

■ Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

■ Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

1 - GENERALITES

Article 1 – Cadre juridique

Le présent contrat d'assurance collective constitue les Conditions Générales du contrat Frais de santé, souscrit par l'Entreprise auprès de CARCEPT-Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, située 4 rue Georges Picquart - 75017 Paris.

Les présentes dispositions définissent les conditions dans lesquelles l'Institution garantit à titre collectif et facultatif l'ensemble du personnel de l'Entreprise Adhérente, ci-après dénommée « l'Adhérente », relevant de la catégorie de salariés définie au certificat d'adhésion, ci-après dénommés « les Participants », contre le risque Frais de santé.

Les garanties effectivement souscrites par l'Adhérente sont précisées au certificat d'adhésion.

Le contrat Frais de santé souscrit auprès de l'Institution est composé :

- du bulletin d'adhésion
- des présentes Dispositions Générales et Spécifiques, valant Conditions Générales ;
- du certificat d'adhésion propre à chaque Adhérente.

Le présent contrat est exclusivement soumis à la loi française. C'est un contrat collectif à adhésion obligatoire régi par le livre IX du Code de la Sécurité sociale française.

Article 2 – Objet

Le présent contrat a pour objet de définir et de mettre en œuvre une couverture Frais de santé surcomplémentaire facultatif pour l'ensemble des salariés des entreprises relevant de la Convention collective nationale du transport routier de marchandises des Transports Routiers et des Activités Auxiliaires du Transport.

Il permet aux salariés qui le souhaitent d'améliorer le régime conventionnel de base obligatoire préalablement souscrit par leur entreprise en adhérant à une des 3 formules facultatives proposées soit Supplément 1, Supplément 2 ou Supplément 3, décrites aux tableaux de prestations figurant au titre II des Dispositions Spécifiques.

Les cotisations du présent contrat facultatif sont entièrement à la charge du salarié.

La résiliation du contrat de base entraîne automatiquement la résiliation du contrat surcomplémentaire.

Article 3 – Contrat responsable

Les dispositions du contrat Frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- l'Institution respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket

modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Article 4 – Contrôle de l'institution

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 5 – Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, l'Entreprise ou le Participant doit s'adresser à l'adresse suivante :

Pour toute demande concernant une réclamation relative à l'adhésion et aux cotisations obligatoires :

Par courrier, à l'adresse :

**CARCEPT-Prévoyance
Service Réclamation
TSA 90200
69307 LYON CEDEX 07**

Par téléphone : 09 69 36 22 22 du lundi au vendredi de 8h30 à 18h

Par formulaire de contact via le site internet : www.carcept-prev.fr

Pour toute demande concernant une réclamation relative aux cotisations facultatives des extensions familiales et aux prestations :

Par courrier, à l'adresse :

**Centre de gestion KLESIA – CARCEPT Prévoyance
TSA 40000
78457 VELIZY CEDEX**

Par mail ou téléphone :

carcept@igestion-gd.fr
ou
reclamations.carcept@igestion-gd.fr

01 53 38 17 07

Si un désaccord persistait après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'agir en justice, l'Adhérente, le Participant ou l'ayant droit peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à l'Institution, saisir le Médiateur de la protection sociale, dans un délai d'un an à compter de la réclamation.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de l'Institution dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'Adhérente doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de l'Institution.

Par courrier à l'adresse suivante :

**Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérés
75008 PARIS**

sur le site internet : <http://www.ctip.asso.fr/saisine-mediateur-de-la-protection-sociale-ctip>

Article 6 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Entreprise/ les Participants et l'Institution et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par l'assuré des documents originaux éventuellement nécessaires à l'Institution pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions des articles L 932-12-2 et R 932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 7 - Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérente à l'Institution, CARCEPT Prévoyance, entité du Groupe KLESIA, située 4 rue Georges Picquart 75017 Paris est amenée à traiter des données personnelles des assurés et des bénéficiaires du contrat, en tant que responsable de traitement.

À ce titre, CARCEPT Prévoyance s'engage à respecter la réglementation en vigueur applicable en matière de protection des données personnelles et notamment à traiter les données personnelles pour les seules finalités qui font l'objet du contrat à savoir :

- la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance,
- la gestion de la relation commerciale,
- la mise en place d'actions de prévention,
- la prospection commerciale,
- la lutte contre la fraude et les impayés,
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- le respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles des assurés et des bénéficiaires ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux mentionnés dans la notice d'information.

CARCEPT Prévoyance traite les données personnelles des assurés et des bénéficiaires en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, ils en seraient informés spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de leurs données personnelles.

Sauf précision apportée dans la notice d'information, les données personnelles des assurés et des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Les assurés et bénéficiaires disposent de droits (droit d'accès, de rectification, d'effacement dans certains cas, d'opposition, de limitation du traitement, à la portabilité) qu'ils peuvent exercer auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) de CARCEPT Prévoyance par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr ou par courrier postal à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Les assurés et les bénéficiaires disposent également d'une possibilité de formuler une réclamation près de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Des informations plus détaillées sur le traitement des données sont fournies par CARCEPT Prévoyance aux assurés et aux bénéficiaires dans la notice d'information.

Article 8 – Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 9 – Lutte contre la fraude à l'assurance

L'Institution peut utiliser les données personnelles du Participant à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

2 – DEROULEMENT DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE

Article 10 – Champ d'application – date d'effet et durée de l'adhésion

Les entreprises du Transport routier de marchandises entrant dans le champ d'application de la Convention Collective Nationale des Transports Routiers et des Activités Auxiliaires du Transport, décrit à l'Accord collectif Santé du 1er octobre 2012 et situées en France métropolitaine peuvent adhérer au présent contrat. La date d'effet de l'adhésion au présent contrat Frais de santé est indiquée au certificat d'adhésion.

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 année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par l'Entreprise Adhérente ou l'Institution dans les conditions définies à l'article 16 du présent contrat.

Le Participant ayant déclaré une dispense d'affiliation au titre de la garantie de base obligatoire, ne peut pas adhérer aux garanties du présent contrat.

Article 11 – Adhésion de l'entreprise

■ 11.1. Affiliation facultative des Participants

L'Entreprise Adhérente adhère obligatoirement au régime de base préalablement à l'affiliation facultative des Participants au présent contrat surcomplémentaire. Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative, les salariés appartenant à la/aux catégories(s) bénéficiaire(s) définie(s) au certificat d'adhésion et, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime de base obligatoire de Frais de santé de la Convention Collective Nationale du transport routier de marchandises des Transports Routiers et des Activités Auxiliaires du Transport (IDCC 16) peuvent choisir de s'affilier au présent contrat.

■ 11.2. Informations à fournir à l'Institution

A. Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion au contrat, l'Adhérente doit fournir à l'Institution :

- un bulletin d'adhésion dûment signé par un représentant habilité comportant notamment la date d'effet de l'adhésion, la garantie souscrite et les taux de cotisation correspondants ;
- les bulletins individuels d'affiliation des salariés à assurer, accompagnés le cas échéant des pièces justificatives ;
- la liste des anciens salariés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits prévue par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la date du terme de ce maintien pour chacun des anciens salariés.

B. En cours de contrat

En application de l'article L.133-5-2 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente doit utiliser la Déclaration Sociale Nominative (DSN) pour transmettre mensuellement à l'Institution toutes les informations relatives à l'effectif de la catégorie de salariés assurée, aux mouvements de personnel (embauche, suspension et fin de contrat de travail...).

L'Adhérente doit informer l'Institution de toute modification d'adresse, de raison sociale ou de modification de sa situation juridique (fusion, cession, scission...), au plus tard à chaque échéance de cotisations.

■ 11.3. Informations à fournir aux Participants

En vertu des dispositions de l'article L.932-6 du Code de la Sécurité sociale, l'Adhérente a un devoir d'information à l'égard des Participants sur le contrat souscrit.

Conformément à ces dispositions, l'adhérente s'engage à remettre à chaque Participant une copie de la notice d'information qui lui a été transmise par l'Institution.

Elle doit également porter à la connaissance de chacun d'eux, par écrit, les modifications des garanties souscrites. La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Adhérente.

Article 12 – Affiliation

■ 12.1 Conditions d'affiliation des Participants

Seuls les salariés relevant du régime général obligatoire, de la Mutualité sociale agricole ou du régime local Alsace-Moselle peuvent bénéficier du présent contrat.

Pour être affiliés au contrat, les salariés doivent appartenir à la catégorie de personnel définie au certificat d'adhésion.

■ 12.2 Affiliation des Participants aux formules facultatives

Le salarié peut choisir d'améliorer son niveau de garanties en s'affiliant à l'aide d'un bulletin individuel d'affiliation (BIA) à l'une des 3 formules surcomplémentaires facultatives (supplément 1, supplément 2 ou supplément 3) du présent régime facultatif, lors de l'adhésion de l'entreprise ou ultérieurement.

Le régime choisi est valable pour une durée minimale de 12 mois.

Le Participant a la possibilité de changer de formule au 1er janvier de l'année civile suivant cette période de 12 mois d'affiliation à la formule initiale, **sous réserve d'un délai de prévenance de 2 mois** avant la date d'effet de la modification.

Par dérogation à la règle de l'annuité, dans les cas exceptionnels précisés ci-dessous, la modification pourra prendre effet au 1er jour du mois civil suivant sa demande de changement de formule, à condition qu'il l'adresse **dans les quatre mois suivant l'événement** :

- changement de situation familiale ;
- naissance ou adoption d'un enfant à charge ;
- mariage ou divorce ;
- début ou fin d'un PACS ;
- décès du Participant ou de l'un de ses ayants droit ;
- modification importante du contrat de travail du Participant (ex. : passage d'un emploi à travail temps plein à un emploi à temps partiel).

Les cotisations afférentes au régime facultatif sont entièrement à la charge du Participant.

Le Participant ayant déclaré une dispense d'affiliation au titre de la garantie de base obligatoire, ne peut pas adhérer aux garanties facultatives de ce présent contrat.

■ 12.3 Choix de formules facultatives possibles

Le Participant peut choisir une des formules Supplément 1, 2 ou 3, comme dans le tableau ci-dessous, en complément de la formule obligatoire souscrite par l'Adhérente :

Formule souscrite par l'entreprise	Choix possibles pour le salarié
Base seule	Supplément 1, 2 ou 3
Base + Equilibre	Supplément 1 ou 2
Base + Vitalité	Supplément 1 ou 2
Base + Energie ⁺	Pas de Supplément possible

La formule Supplément 3 ne peut être choisie qu'en complément de la Base seule. Aucun supplément ne peut être souscrit en complément de la formule Energie⁺.

■ 12.4 Extension facultative aux ayants droit

Le Participant peut choisir de couvrir les membres de sa famille, en qualité d'ayants droit, tels qu'indiqués ci-dessous :

- L(es) enfant(s) de moins de dix-huit ans considéré(s) comme ayant(s) droit par la Sécurité sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

- Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire :
 - pour les enfants poursuivant des études ;
 - pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi ;
 - pour les enfants en contrat d'apprentissage.
- Par exception, aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité.

Les cotisations afférentes à la couverture des ayants droit sont entièrement à la charge du Participant et sont prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

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

■ 12.5 Date d'affiliation et date d'effet de la garantie

A. Participant

Sous réserve du respect des conditions et modalités ci-dessus, la qualité de Participant est acquise :

- à la date d'effet de l'adhésion au contrat précisée au certificat d'adhésion, lorsque le salarié est présent dans l'effectif de l'entreprise à cette date et fait partie de la catégorie assurée ;
- à la date d'embauche ou de changement de catégorie professionnelle lorsque celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion au contrat ;
- affiliation ultérieure : la date d'effet sera effective le 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'affiliation par le centre de gestion.

Le Participant bénéficie des garanties prévues au contrat frais de santé à compter de sa date d'affiliation

B. Ayants droit

A l'adhésion, la garantie prend effet, pour les ayants droit indiqués ci-dessus, à la même date que celle retenue pour le salarié.

En cours d'adhésion, le Participant a la possibilité d'ajouter ou de modifier les ayants droit bénéficiaires dans les conditions suivantes :

- en cas d'ajout de bénéficiaire(s), la modification prendra effet le premier jour du mois suivant la réception par CARCEPT-Prévoyance de la demande de changement,
- en cas de naissance d'un enfant où la modification prendra effet au 1er jour du mois de la naissance,
- en cas de suppression de bénéficiaire(s), la modification prendra effet au 31 décembre de l'année en cours, avec un préavis de 2 mois.

Cependant, en cas de force majeure (exemple : décès d'un ayant droit...), la modification aura lieu le lendemain suivant le jour de l'événement.

Il est précisé que tout changement des bénéficiaires des garanties ne vise que les frais engagés postérieurement à la date d'effet de ce dernier. Il est donc sans effet sur les prestations en cours de service.

C. Personnel en prolongation de garanties (Loi Evin) et personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération

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

Les bénéficiaires sont admis à la garantie Frais de santé, sans délai de carence et sans formalité médicale.

■ 12.6. Justificatifs

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- une copie de l'attestation Vitale du Participant et de chaque personne bénéficiaire ;
- pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ou de la carte mobilité inclusion « invalidité » ou une attestation de leur inscription

à Pôle Emploi et une attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime Frais de santé au titre de son activité salariée ;

- et dans le cadre du maintien de la garantie au titre de l'article 4 Loi Evin, selon le cas :
 - de l'attestation de paiement des allocations chômage ;
 - des décomptes attestant que la Participant perçoit une pension de retraite ;
 - de la notification d'une rente d'incapacité, d'invalidité (ou carte d'invalidité ou carte mobilité inclusion), d'inaptitude à la conduite ;
 - d'un mandat SEPA dûment signé et accompagné d'un RIB afin de régler la cotisation.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à l'Institution.

■ 12.7. *Faculté de renonciation*

Le Participant peut renoncer à son affiliation et/ou à celle de ses ayants droit par notification par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, selon le modèle proposé ci-dessous.

« Messieurs,

J'entends par la présente renoncer à mon affiliation et/ou à celle de mes ayants droit à la garantie surcomplémentaire facultative complétant la garantie obligatoire souscrite par mon entreprise. »

Fait à, Le

Signature de l'assuré

Les cotisations versées sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de cette lettre, sous déduction des prestations versées.

■ 12.8. *Modalités de résiliation de l'affiliation du Participant*

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

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

Cette résiliation peut intervenir :

- au 1er janvier de chaque année, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de sa première affiliation, à tout moment. L'Institution ou le gestionnaire doit accuser réception par écrit de la résiliation de son affiliation en lui précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que l'Institution ou le gestionnaire en a reçu notification par le Participant.
- en cas de modification de ses droits et obligations (révision des cotisations ou réduction des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

En cas de résiliation, le salarié pourra demander une nouvelle affiliation **après expiration d'un délai de 24 mois** révolus sauf si la demande fait suite à un changement de situation familiale (naissance ou adoption d'un enfant à charge, mariage ou divorce, début ou fin d'un PACS, début ou fin d'un concubinage, décès de l'un des ayants droit du Participant), ou à une modification importante de la situation professionnelle du Participant (réduction du temps de travail.)

Article 13 – Révision du contrat d'assurance collective (garanties et cotisations)

■ 13.1. *Modification du contrat d'assurance collective*

Les garanties et les cotisations du présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au 1er juillet 2022.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature et/ou en cas de modification de la législation ou de la réglementation, et/ou en raison des résultats du contrat, l'Institution est fondée à apporter les aménagements nécessaires au niveau des cotisations et/ou au niveau des garanties.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements, les garanties restent acquises sur la base du présent contrat.

Par ailleurs, en cas de modifications Frais de santé de base obligatoire, les garanties et les taux de cotisations du présent contrat Frais de santé surcomplémentaire pourront également être révisés.

■ 13.2. *Avenant au contrat d'assurance collective*

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérente.

L'Adhérente dispose d'un délai de trente jours, à compter de l'envoi de l'avenant portant modification, pour signifier expressément à l'Institution son éventuel refus.

Le refus entraîne la résiliation du contrat à la date d'entrée en vigueur des nouvelles conditions.

Passé ce délai de trente jours, l'Adhérente est réputée avoir accepté les termes de l'avenant.

■ 13.3. *Incidences des révisions*

Les modifications des garanties ou du niveau des garanties ne visent que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de la modification de l'adhésion au présent contrat.

3 – SUSPENSION – CESSATION DE LA GARANTIE – RESILIATION – MAINTIEN DE GARANTIES

Article 14 – Dispositions applicables en cas de suspension du contrat de travail

■ 14.1. *Maintien de l'affiliation*

Sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues au Participant (et à ses éventuels ayants droit) qui se trouve en situation :

- d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, tant qu'il n'est pas radié des effectifs de l'entreprise et qu'il bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
- d'activité partielle ou d'activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits et qui bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur ;
- de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité ...) ;
- de congé de maternité ou d'adoption ;
- de congé de paternité ;
- de congé financé par un compte épargne temps ;
- de congé de formation avec un maintien de salaire total ou partiel de l'Adhérente ;
- de congé sans solde d'une durée inférieure à un mois.

■ 14.2. *Suspension de l'affiliation*

Les garanties sont suspendues de plein droit en cas de suspension du contrat de travail du Participant d'une durée supérieure ou égale à un mois, sans maintien de la rémunération (congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé de proche aidant, congé sans solde tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié...).

La suspension des garanties intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle dans l'entreprise Adhérente et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de la catégorie de salariés assurée telle que définie au certificat d'adhésion.

Par exception, moyennant le paiement des cotisations, entièrement à sa charge, le Participant dont le contrat de travail est suspendu pour un des motifs ci-dessus peut continuer à bénéficier des garanties du contrat sur demande de son employeur.

Article 15 - Cessation de la garantie

Sous réserve des cas de maintien de garanties définis aux articles suivants, la garantie cesse pour le Participant à la date où survient l'un des événements suivants :

- résiliation du contrat Frais de santé, par l'une des parties dans les conditions prévues aux présentes conditions générales;
- rupture du contrat de travail du Participant ;
- cessation d'activité ou disparition de l'Adhérente ;
- passage du salarié dans une catégorie de salariés non visée au certificat d'adhésion ;
- liquidation de la pension vieillesse du Participant, sauf situation de cumul emploi retraite au sein de l'entreprise ;
- décès du Participant.

La garantie cesse pour les ayants droit dès lors que le Participant ne bénéficie plus de la garantie ou dès lors qu'ils perdent la qualité d'ayant droit.

Pour les anciens salariés bénéficiant de l'article 4 de la Loi ÉVIN (prolongation de garanties) ou pour les salariés dans le cadre d'une suspension du contrat de travail sans maintien de la rémunération, la garantie cesse à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations ; ou, à leur initiative, sous réserve de respecter le délai de préavis prévu au contrat d'assurance collective.

Article 16 – Résiliation de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Adhérente ou l'Institution.

■ 16.1. Résiliation par l'Institution

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Institution, par lettre recommandée avec avis de réception.

Cette résiliation peut intervenir :

- **à l'échéance du contrat**, au moins deux mois avant l'échéance, le cachet de la poste faisant foi ;
- **en cas de non-paiement des cotisations**, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale ;
- **en cas de cessation d'activité**, de plein droit à la date de cessation de l'activité ;
- **en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution** dans les conditions définies à l'article 13.

■ 16.2. Résiliation par l'Adhérente

L'adhésion au contrat Frais de santé peut être résiliée par l'Adhérente par l'un des moyens suivants :

- lettre ou tout autre support durable ;
- déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Institution ;
- 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**, à tout moment ; L'Institution doit accuser réception par écrit de la résiliation du contrat en précisant à l'Adhérente la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective 30 jours après que l'Institution en a reçu notification par l'Adhérente.
- **en cas de refus par l'Adhérente de la modification du contrat par l'Institution** dans les conditions définies à l'article 13.

■ 16.3. Changement d'activité

L'Adhérente, le cas échéant l'entreprise l'ayant absorbée, doit par écrit informer sans délai l'organisme assureur de tout changement d'activité ayant pour conséquence de la placer en dehors du champ d'application de la Convention Collective Nationale des Transports Routiers et des Activités Auxiliaires du Transport, décrit à l'Accord collectif Santé du 1er octobre 2012 (notamment à l'occasion d'opérations de fusion-absorption, de restructuration, de regroupements d'activités...). En pareil cas, le contrat sera résilié de plein droit à la date du changement d'activité ou au plus tard à l'expiration de la période de survie de douze mois prévus à l'article L.2261-14 du Code du Travail.

Dans l'hypothèse où l'Institution est informée postérieurement à la sortie du champ d'application, celle-ci pourra :

- soit maintenir ou adapter les conditions contractuelles (cotisations, prestations et révision), dans le cadre d'un nouveau contrat se substituant au présent,
- soit procéder à la résiliation de l'adhésion au présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception, celle-ci prenant effet au plus tôt au dernier jour du mois civil suivant un préavis de deux mois apprécié à compter de l'envoi de la lettre précitée.

Article 17 - Maintien des garanties au bénéfice du Participant

■ 17.1. Maintien au titre de la portabilité prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale

Conditions

En cas de rupture du contrat de travail, les garanties dont bénéficiaient les Participants sont maintenues, à condition que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde et que l'ancien

salarié soit pris en charge par le régime de l'Assurance Chômage. Le maintien des garanties est également subordonné à la condition que les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

Formalités

Pour bénéficier de la portabilité des droits, l'ancien salarié doit retourner à l'Institution le bulletin de demande de portabilité dûment complété et signé.

Il incombe à l'Adhérente d'informer le Participant de ce droit.

Date d'effet et durée du maintien des garanties

Le maintien des garanties prend effet à compter de la date de rupture du contrat de travail.

Ce maintien est accordé pendant la période d'indemnisation par l'Assurance Chômage pour une durée équivalente à celle du dernier contrat de travail du salarié ou, le cas échéant, de ses derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, et en tout état de cause dans la limite de 12 mois.

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

Bénéficiaires

L'ancien salarié ainsi que ses ayants droit déjà affiliés lors de la cessation du contrat de travail bénéficient du maintien des garanties.

Aucune affiliation postérieure à la cessation du contrat de travail ne pourra être effectuée, à l'exception des naissances et adoptions survenues pendant la période de portabilité.

Garanties maintenues

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise. Ainsi, toute révision du contrat sera répercutée sur la couverture des bénéficiaires du maintien des droits.

Financement

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité, ce qui entraîne l'absence de cotisations au titre des périodes postérieures à la rupture du contrat de travail pour l'employeur et l'ancien salarié.

Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à l'Institution :

- à l'ouverture du maintien des garanties, le justificatif initial d'indemnisation par le régime d'Assurance Chômage ;
- trimestriellement, l'attestation de paiement des allocations chômage ou, le cas échéant, les décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. L'Institution pourra réclamer cette attestation à chaque demande de prise en charge par le Participant.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse :

- à l'issue de la période de portabilité ;
- au décès de l'ancien Participant
- en cas de cessation du versement des allocations du régime de l'Assurance Chômage ;
- en cas de non transmission des justificatifs de prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat Frais de santé.

■ 17.2. Maintien des garanties au titre de la loi Evin

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre individuel, sans condition de période probatoire ni d'examens ou de questionnaires médicaux :

- les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- les personnes garanties du chef du Participant décédé, pendant une durée minimum de 12 mois à compter du décès sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'employeur en informe l'Institution, qui adresse la proposition de maintien des garanties à ces personnes dans le délai de deux mois à compter de la rupture du contrat de travail ou du décès. Le nouveau contrat prévoit sa date d'effet, ses modalités et ses conditions tarifaires.

4 – COTISATIONS

La garantie est assurée par l'Institution en contrepartie du paiement des cotisations prévues au certificat d'adhésion.

Article 18 – Assiette et montant des cotisations

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale dont le taux et la structure des cotisations sont définis au Titre 1 des Dispositions Spécifiques.

La cotisation est due dans son intégralité, y compris dans les cas suivants :

- pour les Participants qui exercent leur activité à temps partiel ou chez plusieurs employeurs ;
- pour le salarié en arrêt de travail qui perçoit des prestations en espèce de la Sécurité sociale, tant qu'il figure parmi les effectifs de l'Adhérente.

Article 19 – Paiement des cotisations

Le Participant est seul responsable du paiement des cotisations finançant la garantie à adhésion facultative à laquelle il aura choisi de s'affilier.

Les cotisations des ayants droit à titre facultatif sont exclusivement à la charge du salarié et prélevées mensuellement sur son compte bancaire.

Cette disposition s'applique également aux cotisations afférentes aux prolongations de garanties (Loi Evin) ou à celles du personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.

Le paiement est effectué mensuellement à terme à échoir par prélèvement automatique sur le compte du Participant. Sur demande expresse du Participant, ces cotisations peuvent être payées mensuellement, par chèque.

Article 20 – Défaut de paiement des cotisations

Le Participant a la charge exclusive du paiement des cotisations finançant la garantie surcomplémentaire facultative du présent contrat auquel il a choisi de s'affilier ainsi que de celles des ayants droit. Au cas où la cotisation liée à ces affiliations facultatives n'est pas réglée dans les dix jours suivant son échéance, les bénéficiaires concernés par ces cotisations pourront être exclus du contrat.

A défaut de paiement de l'intégralité des cotisations, l'Institution et/ou le gestionnaire adresseront une mise en demeure en recommandée avec accusé de réception au Participant. La garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure, puis l'affiliation résiliée dix jours après ce délai de trente jours, selon les modalités de l'article L.932-22 du Code de la Sécurité sociale.

Après résiliation, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation du compte et ne pourra, sauf demande expresse acceptée par courrier de l'Institution, constituer une remise en vigueur.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également aux cotisations afférentes au personnel en prolongation de garanties (Loi Evin) ou à celles du personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération.

5 – PRESTATIONS

Article 21 – Définition des prestations

L'Institution complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais de santé engagés par le Participant et par ses éventuels ayants droit, selon les garanties souscrites définies au certificat d'adhésion et dans la limite des frais réellement engagés :

Soins courants

Honoraires médicaux

Actes d'imagerie

Hospitalisation

Honoraires

Frais de séjour

Dentaire

Soins

Autres prothèses

Orthodontie

Optique

Équipement prix libres

Lentilles

Divers

Naissance – Adoption

Les Frais de santé suivants non remboursés par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une prise en charge par l'Institution, selon les dispositions prévues au tableau des prestations :

- chambre particulière et frais d'accompagnement ;
- prothèse dentaire, orthodontie ;
- lentilles ;
- vaccins et médicaments prescrits ;
- actes de prévention tels que sevrage tabagique ;
- médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique.

Concernant les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

Maternité

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans, le contrat prévoit le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Cet équipement est pris en charge intégralement au titre du contrat de base auquel est lié le présent contrat et aucun nouvel équipement, en dehors de la période de renouvellement, ne fera l'objet d'une nouvelle prise en charge au titre de ce contrat.

Les prix limites de vente sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre du contrat de base.

En tout état de cause, en cas de dépassement des prix limites de vente par le professionnel, la garantie du contrat de base ne sera pas complétée par le présent contrat.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Si le contrat prévoit des montants spécifiques pour la monture ou les verres :

- le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Grille optique

GRILLE OPTIQUE	
A	<p>Deux verres unifocaux (verres simples)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
B	<p>Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</p>
C	<p>Verre unifocal (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
D	<p>Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</p>
E	<p>Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</p>
F	<p>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation.

Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Les honoraires limites de facturation sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre du contrat de base.

En tout état de cause, en cas de dépassement des honoraires limites de facturation par le professionnel, la garantie du contrat de base ne sera pas complétée par le présent contrat.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Les honoraires limites de facturation sont appréciés en prenant en compte la prise en charge déjà effectuée au titre du contrat de base.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHESE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTE	PANIER HONORAIRES MAITRISES	PANIER HONORAIRES LIBRES
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur incisive, canine et 1ère prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircon) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1ère prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur 2 ^{ème} prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircon) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^{ème} prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Orthodontie remboursée et non remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites des dispositions au tableau des prestations.

Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Article 22 – Montant des prestations

Le montant des prestations pour chaque acte est défini dans le certificat d'adhésion.

Les prestations versées par l'Institution viennent en complément des prises en charge de la Sécurité sociale et le cas échéant, de celles d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réels engagés.

Article 23 – Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits. Ce paiement est effectué par virement sur le compte bancaire du Participant. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut bénéficier du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

Article 24 - Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Le Participant doit également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, l'Institution peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante Consultation généraliste Consultation ou acte de spécialiste Analyses et examens de laboratoire Auxiliaire médical	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes originaux délivrés par l'Assurance Maladie ; • Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire • Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins.
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués. • Décompte original de la Sécurité sociale.
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre. • Notification éventuelle de refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Parodontologie	<ul style="list-style-type: none"> • Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués.
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans - 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans - 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans. • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 an, pour les patients âgés de moins de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de 16 ans et plus. En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> - Prescription médicale initiale - Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement.
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés.
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique. (Seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursée)	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien.
Sevrage tabagique prescrit	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicaments prescrits	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Extrait d'acte de naissance de l'enfant né viable ou copie lisible du livret de famille • Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par l'Assurance Maladie • Facture originale détaillée et acquittée

Article 25 – Bon de prise en charge

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

Article 26 – Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le Participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur du ticket modérateur et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé.

Article 27 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au Participant est nulle conformément à l'article L.932-7 du Code de la Sécurité sociale. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Institution.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

Article 28 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- qu'à compter du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du Participant ou de l'ayant droit contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, le Participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par l'Institution en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à l'Institution par le Participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 29 – Subrogation

L'Institution est subrogée au Participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 30 – Contrôle médical

L'Institution se réserve le droit de faire examiner le Participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, l'Institution peut procéder, indépendamment de la prise en charge du Participant par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression des prestations dès l'initiation du contrôle médical.

Si le Participant conteste les conclusions du médecin mandaté par l'Institution relatives à son état de santé, il peut se faire assister de son médecin traitant lors d'un entretien amiable avec le médecin conseil.

À défaut d'accord entre les deux médecins sur la nécessité ou la réalité des soins, les parties désignent d'un commun accord un médecin tiers, dans un délai d'un mois.

En cas de désaccord sur la désignation de ce médecin tiers, la partie la plus diligente dépose une requête auprès du Président du Tribunal Judiciaire du ressort de l'Institution.

L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin et les honoraires du médecin tiers sont répartis à parts égales entre les parties.

Article 31 – Evènements exclus

Sauf dispositions spécifiques prévues au certificat d'adhésion, 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.**

TITRE 2 – DISPOSITIONS SPECIFIQUES

1 – TAUX DE COTISATION

Salariés en activité et personnel dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de la rémunération

Les cotisations, exprimées en pourcentage du PMSS *, s'ajoutent aux cotisations du contrat de base et s'élèvent à :

	RÉGIME GÉNÉRAL ET ALSACE MOSELLE		
	Affiliation obligatoire	Couverture à titre facultatif des ayants droit	
	Salarié seul	Conjoint	Enfant*
Supplément 1	+ 0,30%	+ 0,30%	+ 0,20%
Supplément 2	+ 0,30%	+ 0,30%	+ 0,20%
Supplément 3	+ 0,60%	+ 0,60%	+ 0,35%

* Gratuité à compter du 3^{ème} enfant

La cotisation des ayants droit (conjoint et enfant) s'ajoute à celle du salarié.

Personnel en prolongation des garanties bénéficiant des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin

Les garanties sont maintenues, à titre individuel, aux personnes bénéficiaires des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin), en contrepartie de taux de cotisations, entièrement à leur charge, fixés conformément au Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017.

*PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

2 – TABLEAU DES PRESTATIONS

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS		
	SUPPLEMENT 1	SUPPLEMENT 2	SUPPLEMENT 3*
	En complément du contrat obligatoire souscrit par l'entreprise		
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites de médecins généralistes :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 50% de la BR	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 300% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, obstétrique et actes techniques médicaux exemple : extraction d'un grain de beauté :			
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 300% de la BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie ...)			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 350% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 150% de la BR	+ 150% de la BR	+ 250% de la BR
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	+ 20% de la BR	+ 20% de la BR	+ 70% de la BR
Frais de séjour	+ 145% de la BR	+ 145% de la BR	+ 275% de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour (y compris maternité)	+ 50 €	+ 10 €	+ 75 €
Frais d'accompagnant par jour (moins de 16 ans)	/	+ 15 €	+ 65 €
OPTIQUE			
Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles			
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Grille optique			
A - Equipement composé de deux verres « simples »	+ 30 €	+ 30 €	+ 90 €
B - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	+ 65 €	+ 65 €	+ 175 €
C - Equipement composé de deux verres « complexes »	+ 100 €	+ 100 €	+ 260 €
D - Equipement composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « très complexe » (F)	+ 60 €	+ 60 €	+ 165 €
E - Equipement composé d'un verre « complexe » (C) et d'un verre « très complexe » (F)	+ 95 €	+ 95 €	+ 250 €
F - Equipement composé de deux verres « très complexes »	+ 90 €	+ 90 €	+ 240 €
LENTILLES			

Lentilles correctrices			
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	+ 155 €	+ 70 €	+ 185 €
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables) / 2 ans / bénéficiaire	+ 70 €	+ 20 €	+ 100 €
CHIRURGIE REFRACTIVE			
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale / œil / bénéficiaire	+ 260 €	+ 100 €	+ 310 €
DENTAIRE			
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR	+ 160% de la BR
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	+ 30% de la BR	+ 100% de la BR	+ 160% de la BR
AUTRES ACTES DENTAIRE NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE			
Parodontologie / bénéficiaire / an	+ 100 €	+ 100 €	+ 200 €
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	/	+ 100% de la BR	+ 150% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS / semestre / bénéficiaire	+150 €	+ 50 €	+200 €
PREVENTION ET MEDECINES DOUCES			
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE			
Forfait médecines douces non remboursées par la Sécurité sociale : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique / par an et par bénéficiaire	+ 30 €	+ 30 €	+ 90 €
Forfait global vaccins (prescrits et non remboursés) / an / bénéficiaire	/	+ 20 €	+ 20 €
SEVRAGE TABAGIQUE PRESCRIT			
Sevrage tabagique (prescrit) / an / bénéficiaire	+ 30 €	+ 10 €	+ 35 €
DIVERS			
NAISSANCE - ADOPTION			
Forfait maternité - adoption / par enfant	/	/	+ 150 €
SERVICES	Assistance, Réseau de soins, Téléconsultation, 2nd avis médical		

* La formule Supplément 3 ne peut être choisie qu'en complément de la Base seule

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement

Retrouvez toutes les informations
vous concernant
dans votre espace personnel.



Et rejoignez-nous sur



Carcept Prev accompagne la branche du Transport dans les domaines de la retraite complémentaire, de l'assurance santé et prévoyance, de l'action sociale et du bien-être. Vous et vos salariés bénéficiez ainsi d'un accompagnement complet et adapté à votre métier pour vous permettre de vous concentrer sur l'essentiel : VOTRE ACTIVITÉ.

Carcept Prev s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.