

Assurance Complémentaire Santé

Document d'informations sur le produit d'assurance

Produit Assuré par ACHEEL- 128 rue La Boétie - 75008 Paris - SA au capital de 46 812,48 euros - 879605350 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances.

Distribué par UCR et géré par MILLIGESTION, marque d'UCR, 1 bis boulevard Faidherbe - 59400 Cambrai - SAS au capital de 1 250 000 € -345 083 588 RCS Douai - immatriculé à l'Orias sous le numéro 07 000 616 (<https://www.orias.fr>)

Assistance : EUROP ASSISTANCE, 1 promenade de la Bonnette - 92230 GENNEVILLIERS - SA au capital de 35 402 785 € - 451 366 405 RCS Nanterre

Produit : CASSIA



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Toutes les informations complètes sur ce produit sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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

Le produit Cassia est un produit d'Assurance **Complémentaire Santé**.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit Cassia est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.

Le produit Cassia est conforme au dispositif « 100% Santé » qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Hospitalisation : Honoraires, Forfait journalier hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ Dentaire : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ Optique : Équipements verres et montures de la Classe A - Panier 100% Santé, Monture et verres (équipement de la Classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO - Régime Obligatoire.
- ✓ Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire.
- ✓ Pharmacie : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO - Régime Obligatoire.
- ✓ Aides auditives : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Hospitalisation : Frais d'accompagnement, Chambre individuelle, Confort hospitalier.

Prévention et Bien être : Médecine naturelle, Cure thermale prise en charge par le RO - Régime Obligatoire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamédis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé).
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'événements traumatiques, d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile, conseils santé et téléconsultation.

Les garanties d'assistance sont assurées par Europ Assistance et définies aux conditions générales d'assistance.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
 - ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
 - ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.
 - ✗ Les adhérents de moins de 18 ans et de plus de 90 ans pour les formules 1 à 3.
 - ✗ Les adhérents de moins de 30 et de plus de 90 ans pour la formule 4.
- Cette liste n'est pas exhaustive.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits « responsables ».
- ! La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique.
- ! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires.
- ! Les garanties ne s'exercent pas en cas :
 - de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires ;
 - d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin ;
 - de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours.
 - ! Lit accompagnant : Garantie disponible à partir de la deuxième année d'assurance dans la limite de 15 jours par an.
 - ! Forfait journalier hospitalier : Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - ! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans. - Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100€ par monture.
 - ! Aides auditives : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
 - ! Hospitalisation : Délai d'attente en hospitalisation de 1 mois sur les remboursements au-delà du ticket modérateur hors hospitalisation consécutive à un accident.
- Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine
- ✓ Dans les pays où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, par questionnaire, lettre, proposition ou tout autre moyen.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques.
- Régler la cotisation (ou la fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.

Pour le versement des prestations

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix.
Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire et/ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.
En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
Il est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- Au décès de l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire.



Comment le contrat peut-il être résilié ?

L'Adhérent peut résilier le contrat d'assurance en nous adressant une notification sur tout support durable (article L. 113-14 du code des assurances) :

- à chaque échéance principale du contrat, en adressant sa notification au moins 2 mois avant cette date
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa souscription. La résiliation prend alors effet 1 mois après la réception de la notification. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande
- en cas de modification du risque par la suite d'un changement de situation professionnelle, familiale
- en cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues aux articles 6 - 14 et 20 de la Notice d'information.

L'ensemble des cas de résiliation, ainsi que les délais de préavis, figure dans votre Notice d'Information.