

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

- Assuré par : INSUREM - Société anonyme d'assurances au capital de 20 181 440 d'euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 92-98 Boulevard Victor Hugo 92110 Clichy, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 922 053 053
- Distribué et géré par UCR – 1 bis, boulevard Faidherbe – 59400 CAMBRAI – intermédiaire d'assurances immatriculé à l'ORIAS N° 07000616 (<https://www.orias.fr>)

Produit : NOVÉA

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé au présent document.

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

Cette complémentaire santé collective à adhésion facultative est destinée à assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'adhérent ou des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément de la sécurité sociale française. Ce produit est un contrat santé « non responsable ».



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÈMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux et médicaux, Frais de séjour, Forfait hospitalier.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux des médecins généralistes ou spécialistes, Pharmacie, Auxiliaires médicaux, Analyses/Radiologie Forfait Patient Urgence et actes lourds, Transport, Dépenses médicales effectuées à l'étranger et prise en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires et Inlays-Onlays (hors 100% santé), Orthodontie remboursée par le RO.

LES GARANTIES NON SYSTÈMATIQUEMENT PRÉVUES (Selon le niveau de garantie)

- **Hospitalisation** : Chambre particulière, Lit d'accompagnement (enfant moins de 16 ans), Confort hospitalier.
- **Soins Courants** : Matériel médical (prothèses orthopédiques et petit appareillage), médicaments prescrit non remboursés par le RO.
- **Bien-être** : Forfait Médecines douces (Ostéopathie – Chiropraxie - Homéopathie - Podologie), Cures thermales + Forfait.
- **Dentaire** : Inlays-Core, Prothèses dentaires, parodontologie (hors soins 100% santé) pris en charge par le RO, Forfait prothèses, implantologie, parodontologie et orthodontie non remboursées par le RO.
- **Optique** : Forfait optique (hors soins 100% santé), lentilles remboursées ou non par le RO.

LES SERVICES SYSTÈMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers payant : via le réseau Viamédis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ Espace Clients.

✓ 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 ;
- ✗ La chambre particulière en ambulatoire ;
- ✗ Les soins 100% santé (optique, dentaire) ;
- ✗ Les prothèses capillaires de classes 1 et 2 ;
- ✗ Le grand appareillage dont les véhicules pour personnes en situation de handicap (100% santé ou non) ;
- ✗ Les aides auditives ;
- ✗ Les psychologues conventionnés pris en charge par le RO (Dispositif Mon Psy) ;
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire) ;
- ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Cette liste n'est pas exhaustive



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et le transport ;
- Les prestations relevant du 100% Santé en optique, dentaire, audiologie, prothèses capillaires et véhicules pour personnes en situation de handicap ne sont pas remboursées en raison du caractère non responsable du produit Novéa ;
- La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;
- Les séjours en établissements médico-sociaux (EHPAD), en maison d'accueil spécialisée (MAS), en unité de soins longue durée (USLD), en services de gériatrie et de gériatrie.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- **Chambre particulière** :
- **Services de Médecine, Chirurgie et Maternité** : limité à 30 jours par an et par Bénéficiaire
- **Services de Soins Médicaux et de réadaptation (SMR)** : limité à 30 jours par an et par Bénéficiaire
- **Services psychiatriques et assimilés** : limité à 10 jours par an et par Bénéficiaire
- **Délais de carence** : soixante (60) jours en psychiatrie
- **Lit d'accompagnement (enfant – 16ans)** : limités à 10 jours par an (uniquement en service de Médecine, Chirurgie, Maternité)
- **Optique** : Prise en charge limitée à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans, sauf dérogations mentionnées dans la Notice d'information.



Où suis-je couvert ?

- En France métropolitaine, Corse ou dans l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane.
- A l'étranger, pour les soins inopinés intervenus au cours d'un séjour temporaire ne dépassant pas 2 mois dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sous condition de remboursement par le régime de Sécurité sociale français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion du Contrat :

- Être membre de l'Association ADPM ;
- Compléter, dater et signer une demande d'adhésion ;
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au Contrat.

En cours de Contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au Contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'UCR dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer de garanties éventuellement souscrites pour les mêmes risques en tout ou partie auprès d'autres assureurs ainsi que de tout remboursement que vous pourriez recevoir au titre d'un sinistre ;
- Informer l'Assureur des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les 15 jours qui suivent la survenance d'un des événements suivants :
 - Modification de la composition familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès ;
 - Evènement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit ;
 - Toute modification des éléments renseignés à l'adhésion ;
 - Modification de la situation administrative : cessation ou le changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
 - Changement de domicile ou la fixation hors de France métropolitaine, en Corse ou dans l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane ;
 - Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance annuellement
- Le paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre selon les conditions prévues au Contrat
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage téléphonique, 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 de 1 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 puis-je résilier l'adhésion au Contrat d'assurance ?

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) :

- A 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 d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues à l'article 6 de la Notice d'information.

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

