

Le contrat Santé Nov'Active est un contrat Frais de santé individuel, régi par le Code de la Sécurité sociale et par le Code de la mutualité.

Les garanties du présent contrat sont :

- **co-assurées par :**
 - **NOVALIS Prévoyance**, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 7 rue de Magdebourg 75116 Paris,
 - **et la SMI**, Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est 2 rue Laborde 75008 Paris,
- ci-après dénommées conjointement "l'assureur",
- **gérées par "SMI-NOVALIS"**, Section de mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, Partenaire du Groupe NOVALIS TAITBOUT, dont le siège social est situé 2 rue Laborde 75008 Paris.

NOVALIS Prévoyance et la SMI sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

Article 1 - Objet du contrat

Sous réserve des exclusions prévues à l'article 4 des présentes dispositions générales, l'assureur garantit, en contrepartie d'une cotisation périodique, le remboursement des frais médicaux occasionnés par une maladie ou un accident, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, ou le versement d'indemnités forfaitaires.

Deux niveaux de garanties sont proposés au choix du participant :

- le Niveau 1, dénommé "Bien-Être",
- le Niveau 2, dénommé "Confort".

En complément de chacun de ces niveaux, peut(peuvent) être souscrite(s) **une ou deux option(s) ayant pour objet de renforcer le niveau des prestations**, sur les postes "hospitalisation", dénommée "**Renfort hospitalisation**" et "optique et dentaire", dénommée "**Renfort optique-dentaire**".

Le montant des garanties assurées dans le cadre des options "Renfort hospitalisation" et "Renfort optique-dentaire" se substitue au montant prévu à chacun des niveaux, pour les postes concernés.

Définitions

- **Participant** : personne qui souscrit au contrat, désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion.
- **Adhésion** : acceptation des présentes dispositions générales et des conditions particulières décrites dans le certificat d'adhésion.
- **Bénéficiaire** : personne désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion et qui est couverte par les garanties des présentes dispositions générales, moyennant le versement d'une cotisation spécifique.
- **Certificat d'adhésion** : document signé par le participant, décrivant les garanties souscrites, les bénéficiaires garantis, la date d'effet de l'adhésion et des garanties ainsi que le montant des cotisations.
- **Base de Remboursement (BR)** : tarif retenu par la Sécurité sociale servant de base pour le calcul de ses remboursements.
- **Frais réels** : frais réellement engagés par le participant.

Article 2 - Modalités de souscription du contrat

2.1 - Bénéficiaires des garanties

Peut souscrire ce contrat, toute personne, ci-après dénommée participant, relevant du régime général de la Sécurité sociale ou du régime local Alsace-Moselle, âgée d'au moins 55 ans :

- sans limite d'âge, en cas d'adhésion au Niveau 1,
- âgée de moins de 75 ans en cas d'adhésion :
 - au Niveau 2,
 - aux options "Renfort hospitalisation" et "Renfort optique-dentaire".

Outre le participant, peuvent également bénéficier du présent contrat, à la demande expresse du participant et en contrepartie d'une cotisation spécifique par bénéficiaire :

- son conjoint non séparé de corps judiciairement, quel que soit son âge au moment de l'adhésion, assuré social ou non, étant précisé qu'est assimilé au conjoint, au sens des présentes dispositions générales, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (sous réserve de fournir l'attestation d'inscription au greffe du Tribunal d'Instance) ou le concubin (sous réserve de fournir une attestation sur l'honneur de concubinage),
- ses enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis dont il a la garde (ou auxquels il verse une pension alimentaire) et ceux de son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement (ou à défaut de conjoint, ceux de son partenaire lié par un PACS ou à défaut de partenaire lié par un PACS, ceux de son concubin) dont celui-ci a la garde (ou auxquels il verse une pension alimentaire) :
 - jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 18^e anniversaire,
 - jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils atteignent leur 26^e anniversaire, s'ils sont étudiants, apprentis, en contrat de professionnalisation, ou inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou au titre d'un stage, immédiatement à l'issue de leurs études et à condition qu'ils ne se livrent pendant cette période à aucune activité rémunératrice habituelle et durable,
 - sans limite d'âge, s'ils sont reconnus avant l'âge de 26 ans handicapés ou en état d'incapacité de travail. L'état d'incapacité est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou à un accident de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.

Le nom, le prénom et la date de naissance des bénéficiaires figurent au certificat d'adhésion.

Le participant doit déclarer à l'assureur tout changement de situation de famille (divorce, dissolution du PACS, fin du concubinage notoire, décès d'un ayant droit, naissance).

En outre, le participant doit transmettre chaque année à l'assureur le justificatif de poursuite d'étude de ses enfants à charge.

Les garanties retenues par le(s) bénéficiaire(s) doivent être identiques à celles retenues par le participant.

Le décès du participant met fin à l'adhésion au contrat de l'ensemble des bénéficiaires, le dernier jour du mois de survenance du décès. Un nouveau contrat peut être souscrit par le conjoint (ou assimilé), même âgé de moins de 55 ans, ou à défaut par tout autre bénéficiaire du participant décédé, s'il est souscrit **dans les deux mois suivant le décès du participant**.

2.2 - Conditions de souscription

Aucune formalité médicale n'est requise.

Pour adhérer, le participant doit compléter et signer une "Demande d'adhésion" comportant :

- le niveau de garanties choisi (Niveau 1 ou Niveau 2),
- la (ou les) option(s) Renfort correspondant éventuellement retenue(s),
- les nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale des bénéficiaires des garanties (conjoint ou assimilé et/ou enfants, tels que définis ci-dessus à l'article 2.1),
- une autorisation de prélèvement automatique sur compte bancaire ou de Caisse d'Épargne.

La demande d'adhésion donne lieu, après acceptation de l'assureur, à l'établissement du certificat d'adhésion adressé au participant.

2.3 - Date d'effet de l'adhésion au contrat

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, le participant a le droit de renoncer à son adhésion, dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au certificat d'adhésion.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Le contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai sauf si le participant demande expressément son exécution à la date prévue au certificat d'adhésion, en cochant la case prévue à cet effet sur la demande d'adhésion.

Toutefois, l'adhésion pourra être fixée au lendemain de la radiation d'un régime Frais de santé collectif assuré par les institutions de prévoyance du Groupe NOVALIS TAITBOUT, uniquement sur demande adressée dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail et moyennant le paiement intégral des cotisations rétroactives.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation du participant dans les conditions prévues à l'article 6 des présentes dispositions générales.

2.4 - Modalité d'exercice du droit de renonciation

Le droit de renonciation s'exerce en adressant au siège social de SMI-NOVALIS, dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet précisée au certificat d'adhésion, l'original du certificat d'adhésion et des éventuels avenants accompagnés d'une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle ci-dessous :

"Je soussigné (nom, prénom) déclare renoncer à mon adhésion au Contrat Santé Nov'Active assuré par SMI-NOVALIS, conformément à la réglementation régissant la vente à distance codifiée aux articles L.932-15-1 du Code de la Sécurité sociale et L.221-18 du Code de la mutualité.

Le cas échéant, préciser :

Ayant expressément demandé l'exécution de mon contrat à effet de la date prévue au certificat d'adhésion, je demande le remboursement des cotisations d'assurances déjà versées dans le délai de 14 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai." (date, nom, prénom, adresse, signature).

Si le participant a souhaité que le contrat commence à être exécuté à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de 14 jours), la renonciation entraîne :

- la restitution par le participant à SMI-NOVALIS de l'intégralité des prestations payées ;
 - la restitution par SMI-NOVALIS au participant de l'intégralité des cotisations payées ;
- dans les meilleurs délais, et au plus tard dans le délai de 30 jours à compter du jour où SMI-NOVALIS a reçu la lettre de renonciation. Au-delà de ce délai, la somme due est de plein droit productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Article 3 - Garanties

3.1 - Définition des garanties

3.1.1 - Garanties contractuelles

L'assureur garantit le versement des prestations suivantes en fonction du niveau de garantie choisi et de la (ou les) option(s) Renfort correspondant retenue(s) et le cas échéant, en fonction des limites indiquées :

- **les remboursements des frais médicaux** en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale,
- **le versement d'indemnités forfaitaires** dans la limite des frais engagés (cf. article 3.2 ci-dessous) au titre :
 - des chambres particulières,
 - de l'acoustique
 - des cures thermales,
 - des frais d'optique.

Le remboursement des frais d'optique est limité à une paire de lunettes (2 verres et 1 monture) par personne bénéficiaire et par année civile. Le remboursement d'une deuxième paire de lunettes est soumis à étude auprès de l'institution.

- **la prise en charge d'un Pack Prévention** (sous réserve de la présentation d'une prescription médicale et **sur production des factures acquittées**), comprenant la couverture des prestations suivantes : vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments et compléments nutritionnels destinés à la lutte d'effets indésirables contre la ménopause, traitements érectiles, urinaires et de l'ostéoporose.

Le niveau de garantie et/ou de la (ou les) option(s) Renfort correspondant choisi(s) par le participant, pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat, figure(nt) dans le **certificat d'adhésion**.

3.1.2 - Prestations extra-contractuelles - NOVALIS Plus

Certaines prestations non remboursées par la Sécurité sociale (actes hors nomenclature) peuvent être prises en charge par NOVALIS Prévoyance, sur demande, après avis favorable du médecin-conseil.

Les prestations prises en charge par NOVALIS Prévoyance sont les suivantes :

- ostéopathie, méthode Mézières, chiropraxie, acupuncture : 60 % des frais réels, **dans la limite de 45 € par séance et de 300 €* pour l'ensemble de ces actes** ;
- psychomotricité, psychothérapie, psychologie pour les adultes : 60 % des frais réels, **dans la limite de 45 € par séance et de 450 €* pour l'ensemble de ces actes** ;
- psychomotricité, psychothérapie, psychologie pour les enfants à charge : 60 % des frais réels, **dans la limite de 45 € par séance et de 900 €* pour l'ensemble de ces actes** ;
- radiologie non remboursée par la Sécurité sociale (densitométrie, scanner dentaire, etc.) : 60 % des frais réels, **dans la limite de 60 € par prestation et limité à 300 €* ;**
- analyses non remboursées par la Sécurité sociale : 60 % des frais réels, **dans la limite de 90 €* ;**
- chirurgie laser optique : 60 % des frais réels, **dans la limite de 600 € par œil** ;
- patch et autres traitements anti-tabac : 60 % des frais réels, **dans la limite de 120 €* ;**
- pilule contraceptive : 60 % des frais réels, **dans la limite de 60 €*.**

* Les limites sont indiquées par personne, pour l'année 2012.

Ces prestations résultent d'une décision prise par le Conseil d'administration de NOVALIS Prévoyance et concernent les actes engagés pour l'année 2012.

3.2 - Montant des garanties

Les présentes dispositions générales sont établies en considération des conditions de la législation de la Sécurité sociale existant au 1^{er} janvier 2012.

Si ultérieurement ces conditions venaient à être modifiées, l'assureur se réserve le droit de réviser en conséquence les présentes dispositions générales.

Quel que soit le risque, les remboursements ou indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après remboursements de toute nature. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.3 - Date d'effet des garanties

Les garanties sont acquises jusqu'à la fin de l'année civile, sous réserve du paiement des cotisations.

La prise d'effet des garanties ne donne lieu à l'application **d'aucun délai de carence.**

Les garanties ne sont acquises que pour les dépenses engagées postérieurement à la date d'effet de la souscription au contrat et antérieurement à la date de radiation dudit contrat.

3.4 - Modification du nombre de bénéficiaires

Le participant a la possibilité de modifier le nombre des bénéficiaires des garanties, en cas de changement de situation de famille (naissance, adoption, enfant n'étant plus à charge, mariage, conclusion d'un PACS, concubinage notoire, divorce, dissolution du PACS, fin du concubinage notoire, décès d'un enfant, du conjoint, du partenaire lié par un PACS ou du concubin).

Le participant adresse une demande de modification par écrit, qui donne lieu à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion adressé au participant, mentionnant, notamment, le nouveau montant de cotisation et le(s) nouveau(x) bénéficiaire(s).

Cet avenant prend effet le premier jour du mois qui suit la réception du dossier complet de demande de modification.

Dans le cas d'une naissance, l'avenant prend effet le jour de l'événement, si la demande de modification est effectuée dans le mois qui suit la naissance.

En cas de divorce, de dissolution du PACS ou de cessation du concubinage notoire, le conjoint perd la qualité de bénéficiaire du contrat, mais peut demander à adhérer individuellement au contrat Santé Nov'Active.

3.5 - Modification du niveau de couverture

Le participant a la possibilité de demander la modification de son niveau de couverture au 1^{er} janvier de chaque exercice. À cet effet, il adresse deux mois avant cette date, sa demande de modification par écrit.

Les règles suivantes s'appliquent en cas de modification du niveau de couverture :

- possibilité pour le participant d'améliorer ou de diminuer son niveau de prestations chaque année pour les niveaux 1 ou 2 (hors option Renfort) ;
- en cas de souscription d'option(s) Renfort, obligation pour le participant de la (ou les) conserver pendant une période de 3 années consécutives ;
- après cette période de 3 années, possibilité pour le participant de diminuer ses garanties (retour vers le Niveau 1 ou 2) ;
- en cas de retour vers le Niveau 1 ou 2, possibilité offerte au participant de souscrire à nouveau une ou deux option(s) Renfort.

Dès lors que le délai de deux mois est respecté, un avenant au certificat d'adhésion du participant est établi.

Cet avenant prend effet le 1^{er} janvier suivant la réception du dossier complet de demande de modification.

Les nouvelles garanties choisies par le participant s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires des garanties du contrat et donnent lieu à l'application de nouvelles cotisations d'assurance, dans les conditions déterminées ci-après à l'article 5.

3.6 - Étendue territoriale

Les garanties du présent contrat s'exercent en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-Mer. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le régime de la Sécurité sociale française s'applique. Toutefois le règlement des prestations est effectué en France ou dans les départements d'Outre-Mer, en euros.

Article 4 - Risques exclus

Pour les garanties prévues dans le certificat d'adhésion, l'assureur n'intervient pas si les frais engagés résultent :

- d'interventions de chirurgie esthétique ou de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion, les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou à un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale ;
- des interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle ;
- des interventions chirurgicales résultant de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur ;
- de la part des frais de déplacement non retenus par la Sécurité sociale au titre de sa prise en charge.

Seuls les frais de transport terrestre acceptés par la Sécurité sociale sont pris en charge par l'assureur, qui, dans la limite d'une puissance fiscale de 7 CV, complète à hauteur du niveau de garantie prévu au présent contrat le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes visés par les obligations minimales de prise en charge fixées aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 5 - Cotisations

5.1 - Montant des cotisations d'assurance

Les cotisations d'assurance sont fixées en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire. Elles s'appliquent à chacun des bénéficiaires de la garantie, tels que définis à l'article 2.1 ci-dessus et varient selon le niveau de garantie et la (ou les) option(s) Renfort correspondant retenu(s).

Il est toutefois précisé qu'en cas de souscription de l'option "Renfort hospitalisation", en complément du Niveau 2 et de l'option "Renfort optique-dentaire", l'option "Renfort hospitalisation" est proposée à titre gratuit, pendant toute la durée de l'adhésion.

Concernant le critère d'âge

Au moment de l'adhésion, la tarification est déterminée en fonction de l'âge atteint par le participant au 31 décembre de l'année d'adhésion et éventuellement, par ses bénéficiaires.

Le montant de la cotisation reste identique jusqu'au 31 décembre suivant le 59^e anniversaire du participant.

L'augmentation de la cotisation intervient ensuite chaque 1^{er} janvier suivant l'année du 59^e anniversaire du participant.

La tarification "Enfant à charge" reste inchangée quel que soit l'âge du participant. La cotisation afférente au 3^e enfant bénéficiaire et aux suivants est gratuite.

Le montant et les modalités de paiement figurent au certificat d'adhésion.

5.2 - Paiement des cotisations

La cotisation est payable à l'adresse suivante : **SMI-NOVALIS** - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex.

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur compte bancaire ou de Caisse d'Épargne.

5.3 - Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.932-22 du Code de la Sécurité sociale et de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, si la cotisation (ou une fraction de cotisation) n'est pas payée dans un délai de dix jours après sa date d'échéance, SMI-NOVALIS adresse au participant une lettre recommandée valant mise en demeure, l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de ladite cotisation entraîne son exclusion du contrat, les cotisations payées restant acquises à l'assureur.

5.4 - Révision des cotisations

Les cotisations sont fixées annuellement par l'assureur.

Outre les augmentations de cotisations fixées selon les modalités prévues à l'article 5.1 ci-dessus, les cotisations sont révisées au 1^{er} janvier de chaque année pour tenir compte du taux d'accroissement de la consommation médicale totale des ménages et des résultats techniques de l'ensemble des contrats Santé Nov'Active. Le montant des cotisations est également révisé, le cas échéant, en cours d'année, si des modifications de lois, de règlements, d'impôts ou taxes, ou si des augmentations pour le financement de la CMU sont intervenues depuis le 1^{er} janvier d'un exercice civil.

Le participant est informé du montant de la nouvelle cotisation au moins un mois avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle cotisation. Conformément à l'article 6 des présentes dispositions générales, il a la possibilité de refuser cette modification, ce qui entraîne la résiliation de son contrat.

Article 6 - Résiliation

Le participant a la faculté de demander la résiliation de son contrat au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à SMI-NOVALIS deux mois avant cette date par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'original du certificat d'adhésion et des éventuels avenants.

Il a également la possibilité de demander la résiliation de son contrat lors de la révision des cotisations conformément à l'article 5.4 des présentes dispositions générales ou du montant des garanties conformément à l'article 3.2 des présentes dispositions générales, au plus tard dans le délai d'un mois suivant la notification desdites révisions.

L'assureur a la faculté de résilier le contrat du participant en cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article 5.3 des présentes dispositions générales.

La résiliation du contrat du participant entraîne la résiliation des garanties pour l'ensemble des bénéficiaires.

Article 7 - Règlement des prestations

7.1 - Formalités à accomplir

Pour obtenir le règlement des prestations, le participant doit respecter les procédures suivantes :

- lorsqu'une liaison informatisée est utilisée entre le centre de Sécurité sociale et SMI-NOVALIS le participant doit :
 - vérifier au retour du bordereau de la Sécurité sociale que celui-ci comporte une mention précisant que le décompte a été transmis à SMI-NOVALIS,
 - ne transmettre à SMI-NOVALIS que les justificatifs éventuellement nécessaires au règlement des prestations ;

- lorsqu'aucune liaison informatisée n'est utilisée ou qu'aucune mention de transmission ne figure sur le bordereau de Sécurité sociale, le participant doit transmettre à SMI-NOVALIS :
 - les originaux des volets de remboursement de la Sécurité sociale et de tout autre organisme ayant versé des prestations au titre des actes faisant l'objet de la demande,
 - les justificatifs éventuellement nécessaires au règlement des prestations.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, être adressées à SMI-NOVALIS dans un délai maximum d'un an suivant la date des soins, sauf cas de force majeure.

7.2 - Paiement des prestations

Conformément à la loi du 13 août 2004 et ses décrets d'application, les prestations versées par l'assureur tiennent compte des obligations définies par ces textes afin que le contrat puisse être qualifié de responsable.

Sous peine de déchéance des garanties, le participant s'engage à respecter les procédures de devis et d'obtention de l'accord de l'assureur instaurées préalablement à la prise en charge de certains frais.

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste pour le participant (âgé de plus de 16 ans) à choisir et désigner à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera le participant vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si le participant respecte cette procédure de consultations, il est considéré "dans le parcours de soins", sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré "hors parcours de soins".

Situations particulières

Le participant ou son ayant droit n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants :

- lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- en cas d'urgence ;
- lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans ;
- pour les actes et consultations effectués par un médecin en consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie, ou de lutte contre les toxicomanies.

Certains spécialistes peuvent être consultés directement sans que le patient ne soit considéré "hors parcours de soins" :

- les gynécologues médicaux et obstétriciens ;
- les ophtalmologues ;
- les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les patients âgés de moins de 26 ans) ;
- les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux.

Dispositions dites "Contrats Responsables" : conséquences du respect ou du non respect du parcours de soins

- Si le participant est considéré "dans le parcours de soins", l'assureur respecte l'obligation légale qui lui est faite de rembourser **au minimum** :
 - 100 % du ticket modérateur pour les consultations ;
 - 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour la pharmacie remboursée à 65 % prescrite par le médecin traitant ou par le médecin correspondant ;
 - 35 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les actes d'analyse et de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou par le médecin correspondant.

Ces taux de prise en charge minimale peuvent être réduits afin que la prise en charge de la participation du participant ou de ses ayants droit n'excède pas le montant des frais exposés.

- Si le participant est considéré "hors parcours de soins", **l'assureur respecte l'obligation légale qui lui est faite de ne pas rembourser** :
 - **la majoration du ticket modérateur** qu'applique la Sécurité sociale sur le remboursement des actes et consultations pratiqués "hors parcours de soins" ;
 - **les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins spécialistes dans la limite de 8 € par consultation ou acte technique** (cas général, dépassement autorisé au regard des tarifs en vigueur dans la convention médicale).

Actes de prévention

L'Assureur prend en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur les sept actes de prévention suivants :

- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les premières et deuxième molaires permanentes des enfants **avant leur 14^e anniversaire, à raison d'une fois par dent** ;
- un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en **deux séances maximum** ;
- un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit **pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan** ;
- le dépistage de l'hépatite B ;
- le dépistage, **une fois tous les cinq ans**, des troubles de l'audition **chez les personnes âgées de plus de 50 ans** pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- l'acte d'ostéodensitométrie osseuse **pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans** ;
- les vaccins suivants : diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; coqueluche (**avant 14 ans**) ; hépatite B (**avant 14 ans**) ; BCG (**avant 6 ans**) ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

La contribution forfaitaire, à la charge des assurés instaurée par la réforme de l'Assurance maladie, pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, fixée à 1 € et limitée à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par l'assureur.

Les franchises médicales, instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, sur chacun des produits et actes suivants :

- **boîtes de médicaments, à l'exclusion des boîtes de médicaments délivrées dans le cadre d'une hospitalisation ;**

- **actes effectués par un auxiliaire médical, à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation ;**
 - **transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exclusion des transports d'urgence ;**
- ne sont pas prises en charge par l'assureur.**

La participation forfaitaire de 18 €, mise à la charge de chaque assuré social pour les actes médicaux affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 € est prise en charge par l'assureur.

Le paiement des prestations est effectué par virement bancaire directement sur le compte du participant dès réception de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des prestations.

7.3 - Contrôle - expertise

À toute époque et sous peine de déchéance de garantie du participant, l'assureur se réserve le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés sont effectués par des médecins agréés par l'assureur, ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins-conseils experts.

SMI-NOVALIS ne verse pas les prestations au participant :

- **lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;**
- **lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder au domicile du participant, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;**
- **ou lorsque le participant ne s'est pas présenté le jour de la convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par l'assureur, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.**

À ce titre, SMI-NOVALIS cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle elle en informe le participant.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'assureur, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. L'assureur et le participant concerné supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, SMI-NOVALIS peut être amenée à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par l'assureur entraînera pour le participant la perte de tout droit au présent contrat, à compter de la date à laquelle SMI-NOVALIS informera l'intéressé du constat de son refus.

Article 8 - Informatique et libertés

Les recueils de données et informations délivrées au participant s'inscrivent dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés. Le participant dispose notamment d'un droit d'opposition à la prospection, d'accès et de rectification des données le concernant qui s'exerce auprès de SMI-NOVALIS.

Article 9 - Prescription

Toutes les actions dérivant des dispositions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
 - en cas de résiliation des risques garantis au titre du présent contrat, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils ont ignoré l'événement jusque-là.
- Quand l'action de l'assuré a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les risques garantis le bénéficiaire n'est pas l'assuré.

La prescription est interrompue par :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant l'action en paiement des cotisations ou des prestations et la désignation d'un expert ;
- la citation en justice ;
- l'impossibilité d'agir ;
- la reconnaissance par l'assureur (ou l'assuré) du droit de l'assuré (ou de l'assureur) contre lequel il prescrivait ;
- la reconnaissance de dettes.

Article 10 - Réclamations

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à SMI-NOVALIS - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex.

Article 11 - Subrogation

L'assureur est subrogé de plein droit au participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétiques ou d'agrément, à moins que la prestation versée par l'assureur n'indemnisait ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnités correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Garantie d'assistance Santé au domicile 24H/24 et 7J/7

La garantie Assistance fait l'objet d'un contrat souscrit par NOVALIS Prévoyance auprès d'INTER PARTNER ASSISTANCE (IPA), ci-après dénommée l'assisteur.

Les présentes dispositions constituent un résumé des conditions générales d'IPA, établi par ce dernier, ayant pour objet de décrire le contenu et les modalités de mise en jeu de la garantie Assistance.

INTER PARTNER ASSISTANCE assume l'entière responsabilité de la fourniture des garanties et effectue la gestion des sinistres afférents conformément aux dispositifs prévus aux conditions générales. Ces dossiers sont gérés directement avec les bénéficiaires.

La garantie d'assistance cesse le jour où le contrat Santé Nov'Active cesse de produire ses effets.

Article 1 - Objet du contrat

INTER PARTNER ASSISTANCE garantit aux bénéficiaires du contrat Frais de santé, les prestations d'assistance suivantes :

- une écoute médicale permanente : organisation de services, recherche et réservation d'une place en milieu hospitalier, envoi d'une ambulance, transmission de messages urgents ;
- un service d'information et de conseil par téléphone : informations et conseils médicaux, informations juridiques et fiscales, informations et conseils vie pratique, informations et conseils obsèques ;
- une assistance en cas de chirurgie ambulatoire : service d'un taxi et appel de l'infirmière d'INTER PARTNER ASSISTANCE ;
- en cas de maladie ou d'accident du participant ou de son conjoint entraînant une immobilisation au domicile supérieure à cinq jours consécutifs : mise à disposition d'une aide à domicile, acheminement d'un proche au domicile du participant, prise en charge des enfants de moins de 16 ans, prise en charge des ascendants dépendants à charge, garde des animaux domestiques, livraison de médicaments ;
- en cas d'hospitalisation imprévue du participant ou de son conjoint de plus de 48 heures : mise à disposition d'une aide à domicile, acheminement d'un proche, prise en charge des enfants de moins de 16 ans, prise en charge des ascendants dépendants à charge, garde des animaux domestiques, livraison des médicaments, prise en charge de la location d'un téléviseur (limitée à 100 €) ;
- en cas de décès du participant ou de son conjoint : prise en charge des enfants de moins de 16 ans, garde des animaux domestiques, prise en charge des ascendants dépendants à charge ;
- en cas de maladie ou d'accident d'un enfant âgé de moins de 16 ans, immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 48 heures : transfert d'un proche, garde d'enfant malade, mise à disposition d'un répétiteur scolaire ;
- en cas de séjour en maternité supérieur à huit jours consécutifs : mise à disposition d'une aide à domicile, prise en charge des enfants de moins de 16 ans ;
- en cas de traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie : mise à disposition d'une aide à domicile, prise en charge des frais de déplacements au domicile d'un membre de la famille, prise en charge des enfants de moins de 16 ans ;
- en cas de graves problèmes de santé ou de décès : accompagnement médico-social par une assistante sociale, accompagnement psychologique ;
- en cas de maternité : mise à disposition d'un service d'informations et de conseils aux jeunes parents ;
- en cas de première maternité : mise à disposition d'une auxiliaire de puériculture au domicile ;
- en cas de maternité multiple : recherche et prise en charge d'une aide à domicile ;
- en cas d'hospitalisation supérieure à quinze jours d'un assuré âgé de 70 ans et plus : mise à disposition d'un service de téléassistance médicalisée pendant une durée maximale de trois mois (Les frais de l'appareil et d'installation restent à la charge d'INTER PARTNER ASSISTANCE).

Article 2 - Mise en jeu des garanties

INTER PARTNER ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des garanties d'assistance.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec INTER PARTNER ASSISTANCE sont prises en charge. INTER PARTNER ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de tout ou partie des garanties d'assistance sans l'accord préalable d'INTER PARTNER ASSISTANCE, ne peut donner lieu à remboursement.

Article 3 - Exclusions

Sont exclus du champ d'application de la présente convention :

3.1 - Exclusions "assistance santé au domicile"

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'INTER PARTNER ASSISTANCE, ni faire l'objet d'une indemnisation à quel titre que ce soit :

- toutes interventions et/ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier ;
- les états de grossesse à moins d'une complication imprévisible ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- les maladies chroniques ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique ;
- les frais médicaux ;
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

3.2 - Exclusions "assistance aux animaux de compagnie"

Aucune garantie d'assistance ne pourra être accordée si le bénéficiaire n'est pas en mesure de présenter le carnet de santé et de vaccinations de l'animal garanti, à jour, conformément à la réglementation en vigueur.


3.3 - Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions précisées dans les textes du présent contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'INTER PARTNER ASSISTANCE, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences résultant :

- de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- d'événements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni à remboursement :

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel ;
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Sur simple demande, vous pouvez obtenir l'ensemble des dispositions générales d'assistance au  du lundi au vendredi de 8h à 18h. APPEL NON SURTAXE



Le présent contrat est :

- co-assuré par NOVALIS Prévoyance, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est 7 rue de Magdebourg - 75116 Paris et la SMI, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé 2 rue Laborde - 75008 Paris.
- et géré par SMI-NOVALIS, section de Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, partenaire du Groupe NOVALIS TAITBOUT, dont le siège social est situé 2 rue Laborde - 75008 Paris.

Adresse de correspondance : SMI-NOVALIS - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex.

La garantie Assistance est assurée par INTER PARTNER ASSISTANCE, succursale pour la France : Le Carat - 6 rue André Gide - 92320 Châtillon, N° TVA intra-communautaire FR 42 316 139 500. Siège social : avenue Louise, 166 - 1050 Bruxelles (Belgique) - SA de droit belge au capital de 8 396 373 euros.