

**NOVALIS Prévoyance** vous propose **5 formules** pour les cadres et les non cadres, spécifiques à votre profession. Nos garanties Santé couvrent le salarié, son conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité), ses enfants à charge.

Nos prestations permettent - comme le prévoit l'article 8 - chapitre 2 de la Convention de votre secteur - **“d'accorder à vos salariés une garantie collective leur assurant une prise en charge de tout ou partie des frais de santé, en complément des remboursements de la Sécurité sociale”**.

Vous pouvez souscrire, indépendamment l'une de l'autre, aux offres **Santé** et **Prévoyance** de NOVALIS Prévoyance, et retenir des formules différentes pour les cadres et les non cadres.

Nos garanties s'inscrivent dans le cadre de contrats dits **“responsables”** pour vous permettre de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés à ce label.

Dans tous les cas, ces garanties prennent effet, au plus tôt, au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de votre demande d'adhésion. Les garanties retenues peuvent être modifiées ; elles prennent alors effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## Résumé des garanties

Le total de nos remboursements et ceux de la Sécurité sociale ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

|  | Formule UNA  | Formule UNB                 | Formule UNC               | Formule UND   | Formule UNE   |
|--|--|-----------------------------|---------------------------|---------------|---------------|
| <b>Hospitalisation (3)</b>   | 100 % TM   | 130 % BR                    | 240 % BR                  | 100 % FR - SS | 100 % FR - SS |
| <b>Forfait hospitalier</b>   | 18 € par jour pour l'ensemble des formules   |                             |                           |               |               |
| <b>Chambre particulière<br/>Personne accompagnant<br/>un enfant de moins de 12 ans</b> | 100 % des frais réels avec un maximum par jour de :  |                             |                           |               |               |
|  | 29,50 €  | 59,00 €                     | 73,70 €                   | 88,40 €       | 103,20 €      |
|  | 29,50 €  | 44,20 €                     | 73,70 €                   | 88,40 €       | 103,20 €      |
| <b>Consultations (3)</b>   | 100 % TM   | 80 % BR                     | 330 % BR                  | 400 % BR      | 500 % BR      |
| <b>Visites (3)</b>   | 100 % TM   | 80 % BR                     | 330 % BR                  | 400 % BR      | 500 % BR      |
| <b>Analyses (3)</b>  | 100 % TM   | 190 % BR                    | 100 % FR - SS             | 100 % FR - SS | 100 % FR - SS |
| <b>Radiologie (3)</b>  | 100 % TM   | 180 % BR                    | 100 % FR - SS             | 100 % FR - SS | 100 % FR - SS |
| <b>Pratique médicale courante (3)</b>  | 100 % TM   | 180 % BR                    | 100 % FR - SS             | 100 % FR - SS | 100 % FR - SS |
| <b>Pharmacie (3)</b>   | 100 % TM   | 100 % BR                    | 100 % BR                  | 100 % BR      | 100 % BR      |
| <b>Auxiliaires médicaux</b>  | 100 % TM   | 190 % BR                    | 100 % FR - SS             | 100 % FR - SS | 100 % FR - SS |
| <b>Participation forfaitaire</b>   | Actes affectés d'un coefficient au moins égal à 50 ou d'un montant d'au moins 91 € (4)<br>18 € (4) par acte pour l'ensemble des formules |                             |                           |               |               |
| <b>Frais dentaires</b>   |  |                             |                           |               |               |
| Soins dentaires  | 100 % TM   | 80 % BR                     | 140 % BR                  | 400 % BR      | 500 % BR      |
| Prothèses dentaires :  |  |                             |                           |               |               |
| • acceptées par la Sécurité sociale  | 60 % BR  | 110 % BR                    | 220 % BR                  | 400 % BR      | 500 % BR      |
| • refusées par la Sécurité sociale   | 130 % BR (1)   | 180 % BR (1)                | 290 % BR (1)              | 400 % BR (1)  | 500 % BR (1)  |
| <b>Frais d'optique (2) (par an et par personne)</b>                                    | 100 % des frais réels avec un maximum de :   |                             |                           |               |               |
| • Verres ou lentilles acceptées  | 3 % PMSS<br>(soit 88,40 €)   | 5 % PMSS<br>(soit 147,30 €) | 12 % PMSS (soit 353,60 €) |               |               |
| • Monture  | 3 % PMSS<br>(soit 88,40 €)   | 5 % PMSS<br>(soit 147,30 €) | 6 % PMSS (soit 176,80 €)  |               |               |
| • Lentilles refusées<br>y compris lentilles jetables                                   | 4 % PMSS<br>(soit 117,90 €)  | 5 % PMSS<br>(soit 147,30 €) | 10 % PMSS (soit 294,60 €) |               |               |

(1) La Base de Remboursement (BR) est dans ce cas reconstituée.

(2) L'institution rembourse une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire et par année civile sans contrôle spécifique. Au-delà, le remboursement est soumis à l'acceptation préalable de l'institution.

(3) Impacté par le dispositif “Contrats responsables”.

(4) Un décret d'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pourrait modifier ces montants en cours d'année.

## Cotisations

|                               | Formule UNA          | Formule UNB | Formule UNC | Formule UND | Formule UNE |
|-------------------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                               | Cadres et non cadres |             |             |             |             |
| <b>Cotisations mensuelles</b> | 53,70 €              | 75,10 €     | 94,80 €     | 115,80 €    | 125,30 €    |

## Gros plan sur quelques notions de base...

### Lexique

**BR - Base de Remboursement de la Sécurité sociale :** tarif retenu par la Sécurité sociale servant de base au calcul de ses remboursements.

**TM - Ticket Modérateur :** Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant effectivement remboursé par cet organisme.

**FR - Frais Réels :** Frais effectivement engagés. En tout état de cause, le total des remboursements (Sécurité sociale + institution) ne peut dépasser le montant des dépenses réellement engagées.

**PMSS - Plafond Mensuel de la Sécurité sociale :** 2 946 € (valeur 2011).

### Enfants à charge

Les enfants sont considérés à la charge du salarié lorsqu'ils sont âgés de moins de 18 ans, ou âgés de 18 ans à moins de 26 ans s'ils poursuivent leurs études ou sont apprentis, et n'exercent aucune activité rémunératrice habituelle et durable.

### Contrats responsables

Le présent contrat répond aux obligations définies par la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie pour être "responsable". Les garanties sont impactées par les dispositions concernant le respect du parcours de soins coordonnés et les dispositions dites contrats responsables (obligations de prise en charge minimales et exclusions de prise en charge minimales).

### 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 CPAM 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".

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ce

dispositif. Pour les intéressés, les taux de remboursement de notre institution sont donc ceux appliqués en parcours de soins.

### Contribution forfaitaire

La contribution forfaitaire à la charge de l'assuré instaurée par la réforme de l'Assurance maladie, pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, dont le montant est fixé à 1 €, **n'est pas remboursé par notre organisme.**

### Prévention :

Au titre de la prévention, les vaccins et l'ostéodensitométrie remboursés par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement par NOVALIS Prévoyance au minimum égal au ticket modérateur pour l'ensemble des formules.

### Remboursements simples et rapides

Nous avons mis en place une procédure informatisée, "Noémie", avec les centres de Sécurité sociale, permettant un remboursement complémentaire des frais de santé dans les 48 heures suivant la réception des données par la Sécurité sociale. Le processus est simple (pas d'échange de papier), rapide et fiable. Le remboursement est effectué directement par virement bancaire sur le compte du salarié.

### Demande de prise en charge pour hospitalisation

En cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale dans un établissement conventionné, le participant a la possibilité de faire une demande de prise en charge.

La demande de prise en charge évite, dans la limite des garanties retenues, de faire l'avance des frais engagés.

### Tiers payant

Le tiers payant vous permet, vous et vos ayants droit de bénéficier d'une dispense d'avance de paiement pour les frais pharmaceutiques, les frais de kinésithérapeutes, de laboratoires, et de radiologie.

*Les professionnels de santé restent libres d'accepter ou de refuser l'application du tiers payant.*

### Cotisations

Les cotisations sont indexées sur l'évolution du plafond de la Sécurité sociale. Elles peuvent cependant être révisées en cours d'année en cas de modifications de lois, impôts, taxes ou cotisation finançant la CMU.

Ce document est un résumé de nos garanties ; il n'a pas de valeur contractuelle.

Pour plus d'informations, contactez votre Conseiller

au  **N° Vert 0 800 03 2000**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**7 j/7**  
**24 h/24**  
**plus**  
**d'infos**

vos services de protection sociale en ligne

[www.novalistaitbout.com](http://www.novalistaitbout.com)