



Le Contrat Solutions Santé est un Contrat collectif à adhésion facultative, régi par le Code des assurances, souscrit par NOVALIS Prévoyance auprès de la Société d'assurance ETIKA, assureur du Contrat, ci-après dénommée « l'Assureur ».

L'Assuré adhère au dit Contrat au moyen de la « demande d'adhésion » dans les conditions décrites dans les présentes Dispositions générales.

Responsabilité des parties envers les Assurés

NOVALIS Prévoyance est, pour l'exécution du Contrat, réputée agir à l'égard des Assurés pour le compte de la Société ETIKA qui est contrôlée par l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) régie par le code monétaire et financier, dont le siège social est situé 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

NOVALIS Prévoyance est tenue de remettre à chacun de ses adhérents une notice d'information établie par la Société ETIKA définissant les garanties d'assurance et les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

NOVALIS Prévoyance a également l'obligation d'informer ses adhérents des modifications qu'il serait prévu d'apporter aux droits et obligations qu'elle détient au titre du Contrat auquel ils ont adhéré. L'Assuré peut résilier son adhésion au Contrat d'assurance en raison de ces modifications.

Exclusion d'un Assuré

NOVALIS Prévoyance peut exclure un Assuré du bénéfice du Contrat s'il cesse de payer les cotisations dues au titre de son adhésion au présent Contrat.

Conséquences de la résiliation du Contrat par NOVALIS Prévoyance ou par l'Assureur

La résiliation du Contrat par l'Assureur ou par NOVALIS Prévoyance entraîne cessation des effets des adhésions au Contrat pour l'ensemble des Assurés existants à la date de résiliation. Cette cessation prend effet à la date de résiliation du Contrat sous réserve d'une notification adressée à l'ensemble des Assurés deux mois au moins avant cette date par lettre recommandée avec avis de réception.

Les conséquences sont identiques à celles prévues aux présentes Dispositions générales en cas de résiliation de l'adhésion au Contrat par l'Assuré.

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, une maternité ou un accident, en complément des prestations versées par la Sécurité sociale ou le versement d'indemnités forfaitaires. Une gamme de 7 niveaux de couverture (1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7) tels que définis dans le tableau joint séparément est proposée.

Définitions

- **Assuré** : personne adhérente au Contrat, désignée sous ce nom dans les documents d'adhésion.
- **Adhésion au Contrat** : 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.
- **Certificat d'adhésion** : document signé par NOVALIS Prévoyance, souscripteur du Contrat et par l'Assuré, 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.
- **Montant Remboursé (MR)** : montant remboursé par la Sécurité sociale (BR multipliée par le taux du remboursement de la Sécurité sociale par acte).
- **Ticket Modérateur (TM)** : Différence entre la Base de Remboursement et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

Article 2 - Modalités d'adhésion au Contrat

Peut adhérer au Contrat, toute personne relevant du régime général de la Sécurité sociale (ou du régime local Alsace-Moselle) :

- âgée de moins de 65 ans au moment de l'adhésion pour une couverture de niveau 7 ;
- âgée de moins de 75 ans au moment de l'adhésion pour les autres couvertures.

2.1 Conditions d'adhésion

Aucune formalité médicale n'est requise.

Pour adhérer, l'Assuré fait parvenir à NOVALIS Prévoyance, une « demande d'adhésion » dûment complétée et signée comportant :

- le niveau de garantie choisi ;
- les nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale des bénéficiaires ;
- un certificat de radiation d'une garantie Frais de santé de moins de deux mois si l'Assuré était préalablement couvert par un Contrat Frais de santé complémentaire ;
- la périodicité de règlement des cotisations choisie ;
- une autorisation de prélèvement sur compte bancaire ou de Caisse d'Épargne.

La demande d'adhésion donne lieu, après acceptation par l'Assureur, à l'établissement du certificat d'adhésion adressé par NOVALIS Prévoyance à l'Assuré.

2.2 Date d'effet de l'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat prend effet le premier jour du mois qui suit la réception du dossier complet par NOVALIS Prévoyance. Cette date figure au certificat d'adhésion.

Dans le cadre de la réglementation sur la vente à distance, l'assuré 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 l'assuré 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.

L'adhésion au Contrat se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation de l'Assuré ou de l'Assureur dans les conditions prévues à l'article 6 des présentes Dispositions générales.

Le décès de l'Assuré 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 à défaut par tout autre ayant droit bénéficiaire de l'Assuré décédé. La prise d'effet de ce Contrat n'est pas subordonnée à l'application des délais de carence prévus à l'article 3-3 des présentes Dispositions générales **s'il est souscrit dans les deux mois qui suivent la radiation du Contrat de l'Assuré décédé.**

Article 3 - Garanties

3.1 Définition des garanties

L'Assureur garantit le versement des prestations suivantes en fonction du niveau de couverture choisi par l'Assuré dans la gamme telle que définie dans le tableau joint séparément :

- le remboursement des frais médicaux en complément des prestations en nature versées par la Sécurité sociale,
- le versement d'indemnités forfaitaires au titre :
 - des chambres particulières (**hors maternité**) ;
 - des cures thermales ;
 - de l'orthopédie (en fonction du niveau de couverture choisi) et de l'acoustique ;
 - des frais d'optique ;
 - de la maternité ou de l'adoption (sur présentation de la photocopie intégrale du livret de famille régulièrement tenu à jour) ;
- le remboursement, sur avis favorable du médecin conseil de l'Assureur, de certains soins non pris en charge par la Sécurité sociale (chiropractie, ostéopathie, acupuncture, chirurgie des yeux) à hauteur de 60 % des frais réels pour les garanties 4, 5, 6 et 7 et **dans la limite de 300 € par œil pour la chirurgie des yeux.**

L'allocation en cas de maternité a pour objet le versement d'une indemnité forfaitaire **excluant toute autre participation aux autres frais d'accouchements simples (dépassements d'honoraires, frais de chambres particulières).**

La césarienne est prise en charge au titre de l'hospitalisation chirurgicale.

Le niveau de couverture choisi par l'Assuré pour l'ensemble des bénéficiaires du Contrat figure au certificat d'adhésion de celui-ci.

3.2 Montant des garanties

L'Assuré a le choix entre sept niveaux de couverture tels que définis dans le tableau joint séparément.

Les présentes Dispositions générales sont établies en considération des conditions de la législation de la Sécurité sociale.

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

L'Assuré est informé du montant des nouvelles garanties au moins un mois avant la date d'entrée en vigueur de celles-ci.

Conformément à l'article 6 des présentes Dispositions générales, l'Assuré a la possibilité de refuser cette modification dans le délai d'un mois suivant sa notification, ce qui entraîne pour l'Assuré et les bénéficiaires, résiliation de l'adhésion au Contrat.

Quel que soit le risque, les remboursements ou indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après remboursements de toute nature et venant de tout organisme auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.3 Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet dès l'adhésion au Contrat sur présentation d'un certificat de radiation d'une garantie Frais de santé de moins de deux mois, dans le cas où l'Assuré était préalablement couvert par un Contrat Frais de santé complémentaire.

Sans certificat de radiation, elles prennent effet :

- 1) après un délai de carence de 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion au Contrat pour les frais de maternité ;
- 2) après un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion au Contrat pour les frais d'hospitalisation, d'optique, dentaires, d'acoustique et d'orthopédie ;
- 3) sans délai de carence pour les consultations, visites, analyses, radios, pratique médicale courante, pharmacie.

Les garanties ne sont acquises que pour les dépenses engagées postérieurement à la date d'effet de l'adhésion au Contrat et antérieurement à la date de radiation de l'adhésion au Contrat.

3.4 Bénéficiaires

Outre l'Assuré, peuvent également bénéficier du présent Contrat :

- son conjoint non divorcé, non séparé de corps judiciairement, à défaut son partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS - fournir l'attestation d'inscription de la déclaration faite au Greffe du Tribunal d'Instance), à défaut son concubin avec lequel l'Assuré vit en concubinage stable et notoire (fournir attestation de concubinage notoire) ;
- 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 PACS ou à défaut de partenaire 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.

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

3.5 Modification du nombre de bénéficiaires

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 PACS ou du concubin), l'Assuré peut, au plus tard dans les 6 mois suivant le changement, demander la modification des bénéficiaires de son Contrat.

A cet effet, il adresse à NOVALIS Prévoyance une demande écrite de changement accompagnée des pièces justificatives nécessaires qui donne lieu, en cas d'acceptation par l'Assureur, à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion adressé par NOVALIS Prévoyance à l'Assuré.

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 est effectuée dans le mois qui suit la naissance.

L'extension de la garantie à un nouveau bénéficiaire n'est pas subordonnée à l'application des délais de carence prévus à l'article 3-3 des présentes Dispositions générales.

La nouvelle cotisation d'assurance est fonction de l'âge de chacun des bénéficiaires au 31 décembre de l'année de la modification. La cotisation afférente au 3^e enfant assuré et aux suivants est gratuite.

3.6 Modification du niveau de couverture

L'Assuré a la faculté de demander la modification du niveau de couverture au 1^{er} janvier d'un exercice. A cet effet, il adresse à NOVALIS Prévoyance, 2 mois avant cette date, une demande de modification.

L'Assuré n'a la possibilité d'améliorer son niveau de garantie qu'une seule fois, après un minimum de 3 années d'adhésion à la même garantie, à condition d'en faire la demande avant le 31 décembre suivant son 65^e anniversaire.

L'Assuré n'a la possibilité de choisir un niveau de garantie moins élevé qu'une seule fois, après 1 an minimum d'adhésion à la même garantie.

Par ailleurs, l'Assuré a la possibilité de choisir un nouveau niveau de garantie, sans prise en compte de la durée d'adhésion à une garantie, en cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, adoption, divorce, décès, vie maritale, PACS) au plus tard dans les 6 mois suivant le changement. Dans ce cas, la demande doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

La demande de modification est examinée par NOVALIS Prévoyance et donne lieu, en cas d'acceptation par l'Assureur, à l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion adressé par NOVALIS Prévoyance à l'Assuré.

Cet avenant prend effet le 1^{er} janvier suivant la réception du dossier complet de demande de modification, sauf en cas de demande suite à un changement de situation de famille. Dans ce cas, l'avenant prend effet le premier jour du mois qui suit la réception du dossier complet de demande de modification.

La prise d'effet de la nouvelle garantie n'est pas subordonnée à l'application des délais de carence prévus à l'article 3-3 des présentes Dispositions générales.

La nouvelle cotisation d'assurance est fonction de la nouvelle garantie choisie par l'Assuré pour l'ensemble des bénéficiaires du Contrat et de l'âge de chacun d'entre eux au 31 décembre de l'année de la modification. La cotisation afférente au 3^e enfant assuré et aux suivants est gratuite.

3.7 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 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 un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale,
- les interventions de chirurgie liées à une transformation sexuelle,
- les 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.

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.

Article 5 - Cotisations

5.1 Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées par classe d'âge. Elles sont calculées en fonction du régime de Sécurité sociale (général ou Alsace-Moselle) et de l'âge atteint par chaque bénéficiaire au 31 décembre de l'année de l'adhésion. La cotisation afférente au 3^e enfant assuré et aux suivants est gratuite. La cotisation est ensuite recalculée tous les ans au 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par chaque bénéficiaire au 31 décembre de cette même année. Elle évolue lorsqu'un ou plusieurs bénéficiaires changent de classe d'âge.

L'Assuré est informé par NOVALIS Prévoyance du montant de la nouvelle cotisation au moins 1 mois avant sa prise d'effet.

Le montant de la cotisation d'assurance et les modalités de son paiement figurent au certificat d'adhésion.

5.2 Paiement des cotisations

La cotisation est payable au siège de NOVALIS Prévoyance.

A la demande de l'Assuré, la cotisation annuelle payable d'avance peut être fractionnée au cours de l'année (périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle).

5.3 Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, si la cotisation (ou une fraction de cotisation) n'est pas payée dans un délai de 10 jours après sa date d'échéance, NOVALIS Prévoyance adresse à l'Assuré 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 entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat, les cotisations payées restant acquises à l'Assureur.

5.4 Révision des cotisations

La cotisation d'assurance est révisable tous les ans au 1^{er} janvier.

Toutefois en cas d'évolution de la consommation médicale, de modifications des remboursements du régime général de la Sécurité sociale ou si les résultats globaux du Contrat se révèlent déficitaires, l'Assureur se réserve le droit d'adapter à tout moment en conséquence les montants de cotisation.

L'Assuré est informé du montant de la nouvelle cotisation au moins 1 mois avant la date d'entrée en vigueur de la nouvelle cotisation.

Conformément à l'article 6 des présentes Dispositions générales, l'Assuré a la possibilité de refuser cette modification dans le délai de 1 mois suivant sa notification, ce qui entraîne pour l'Assuré et les bénéficiaires la résiliation de l'adhésion au présent Contrat.

Article 6 - Résiliation

L'Assuré a la faculté de demander la résiliation de son adhésion au Contrat au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à NOVALIS Prévoyance 2 mois avant cette date par lettre recommandée avec accusé 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 adhésion au Contrat lors de la révision des cotisations ou du montant des garanties, au plus tard dans le délai de 1 mois suivant la notification desdites révisions.

L'Assureur a la faculté de résilier le Contrat de l'Assuré en cas de non paiement des cotisations, conformément à l'article 5-3 des présentes Dispositions générales.

Article 7 - Règlement des prestations

7.1 Formalités à accomplir

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré doit respecter les procédures suivantes :

- lorsqu'une liaison informatisée est utilisée entre le centre de Sécurité sociale et NOVALIS Prévoyance, l'Assuré doit :

- vérifier au retour du bordereau de la Sécurité sociale que celui-ci comporte une mention précisant que le décompte a été transmis à NOVALIS Prévoyance,
- ne transmettre à NOVALIS Prévoyance 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, l'Assuré doit transmettre à NOVALIS Prévoyance :

- 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 NOVALIS Prévoyance 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. L'Assureur applique des formules spécifiques de remboursement en fonction de la situation de l'Assuré : dans ou hors parcours de soins.

Sous peine de déchéance, l'Assuré 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 l'Assuré (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 l'Assuré vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si l'Assuré 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 :

L'assuré 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 participants 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 l'Assuré 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 l'Assuré 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 deux actes de prévention suivants :

- 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 dix-huit mois ;
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.

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

La contribution forfaitaire, à la charge des Assurés instaurée par la réforme de l'Assurance maladie, pour tout acte ou consultation réalisés 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 :

- boîte de médicaments, à l'exclusion de celle délivrée dans le cadre d'une hospitalisation ;
- acte effectué par un auxiliaire médical à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation ;
- le transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exclusion des transports d'urgence, ne sont pas prises en charge par l'Assureur.

7.3 Contrôle - Expertise

A toute époque et sous peine de déchéance de garantie de l'Assuré, l'Assureur se réserve le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui ou ses ayants droit. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par l'Assureur sont effectués par des médecins agréés par lui, ou par des médecins choisis sur la liste de la Fédération française des associations de médecins conseils experts.

L'Assureur ne verse pas les prestations à l'Assuré :

- 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 de l'Assuré, 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 l'Assuré 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.

A ce titre, l'Assureur cesse de verser les prestations à compter de la date à laquelle il en informe l'Assuré.

En cas de désaccord entre le médecin du participant et le médecin de l'Assureur, les parties intéressées concernées supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le 3^e 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 3^e médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, l'Assureur peut être amené 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 l'Assuré la perte de tout droit au présent Contrat, à compter de la date à laquelle l'Assureur informera l'intéressé du constat de son refus.

Article 8 - Informatique et Libertés

Les recueils de données et les informations délivrées à l'Assuré s'inscrivent dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés.

L'Assuré dispose notamment d'un droit d'opposition à la prospection, d'accès et de rectification des données le concernant qui s'exerce auprès de NOVALIS Prévoyance selon la garantie souscrite.

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 garanties 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 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 :

NOVALIS Prévoyance - Service Satisfaction Client - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran Cedex

Article 11 - Subrogation

L'Assureur est subrogé de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée, conformément aux dispositions de l'article L.131-2 du Code des assurances.

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'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 12 - Modalité d'exécution du droit de renonciation

Le droit de renonciation s'exerce en adressant au siège social de NOVALIS Prévoyance, 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 Solutions santé par NOVALIS Prévoyance auprès d'ÉTIKA, conformément à la réglementation régissant la vente à distance codifiée à l'article L.112-2-1 du Code des assurances.

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 l'assuré 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 l'assuré à NOVALIS Prévoyance de l'intégralité des prestations payées ;
 - la restitution par NOVALIS Prévoyance à l'assuré 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 NOVALIS Prévoyance 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.

Garantie d'assistance santé au domicile 24 h/24 et 7 j/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 Solutions Santé 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 ;
- 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 5 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 8 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 1^{er} 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 de d'hospitalisation supérieure à 15 jours d'un assuré âgé de 70 ans et plus : mise à disposition d'un service de téléassistance médicalisée pendant une durée maximale de 3 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 interétatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

Sur simple demande, vous pouvez obtenir l'ensemble des Dispositions générales

d'assistance au  **N°Cristal 0 969 39 70 70**

APPEL NON SURTAXE