



Complémentaire Santé Votre guide pratique

Groupe BAYER en France

Régime ex-actifs



noveo
care

Nous avons le plaisir de vous informer qu'en tant qu'ex-actifs du Groupe BAYER en France, vous allez bénéficier d'un nouveau contrat Frais de Santé souscrit auprès de Harmonie Mutuelle.

La gestion administrative du régime (affiliations, remboursements, tiers payant, télétransmission...) a été confiée à un organisme spécialisé, NoveoCare.

SOMMAIRE

1 À noter	p.3
2 Comment adhérer ?	p.3
3 Vos garanties	p.4
4 Les tarifs	p.7
5 Les conseils pratiques	p.8
Vos contacts	p.9

LES ACTEURS DE VOTRE RÉGIME

Votre organisme assureur



Votre gestionnaire

noveo
care

LES COORDONNÉES DE VOTRE CENTRE DE GESTION



www.noveocare.com
Espace personnel



Application mobile
MyNoveocare



NoveoCare
CG 74 - Service BAYER
28039 Chartres Cedex



du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h
02 46 81 00 26

1 À NOTER

Ma complémentaire santé

- Afin de simplifier votre démarche, nous vous indiquons que la formule 1 est celle se rapprochant le plus de votre ancienne couverture. Vous avez bien sûr la possibilité de choisir une formule différente si vous le souhaitez.
Quel que soit votre choix, vous devez nous en informer en cochant la formule souhaitée sur le bulletin d'affiliation à nous retourner pour prendre en compte votre adhésion).
- Le régime ex-actifs vous est proposé par l'Association Frais de santé des anciens salariés à laquelle vous serez automatiquement adhérent si vous souscrivez à ce régime. L'adhésion à l'association n'engage pas de surcoût supplémentaire.

Changement de situation

Le changement des coordonnées postales ou bancaires, pour vous, votre conjoint, ou vos enfants, est à communiquer à NoveoCare. Modifiez-les directement en ligne sur votre Espace personnel www.noveocare.com ou par courrier directement auprès de NoveoCare.

Changement de formule

L'adhésion à une formule de garanties est acquise pour une année civile. Cependant vous avez la possibilité de changer de formule au 1er janvier N+1, à condition d'avoir informé votre Centre de gestion NoveoCare avant le 1er novembre N.

100% Santé

La réforme 100% Santé a été mise en place par le gouvernement pour vous permettre d'accéder à des soins de qualité en **optique**, en **audioprothèse** et en **dentaire**. Vos garanties proposent désormais des paniers de soins 100% Santé qui vous permettent un reste à charge zéro, ou des paniers de soins libres pour maîtriser vos dépenses.



Carte de tiers payant dématérialisée

- La carte de tiers payant est délivrée après validation de votre adhésion par le Centre de gestion.
- Si nous disposons de votre adresse mail, votre carte sera **mise à disposition sur votre Espace personnel**. Vous recevrez un email vous informant de sa disponibilité. Vous pouvez modifier le mode de réception de votre carte tiers payant (papier/dématérialisée) via votre Espace personnel, rubrique «Mon compte/Mes services Santémail».
- Votre carte est disponible tout au long de l'année sur votre Espace personnel, quel que soit le mode de réception choisi.
- **Le conjoint, ou concubin, bénéficiant d'un premier organisme complémentaire, n'apparaîtra pas sur votre carte de tiers payant.**

2 COMMENT ADHÉRER ?

1 Complétez le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA

2 Retournez à votre Centre de gestion à l'adresse ci-dessous :

- le bulletin d'affiliation
- un RIB
- l'attestation Vitale (pour chaque bénéficiaire)
- le mandat SEPA complété

NoveoCare
CG 74
Service Adhésions
28039 CHARTRES CEDEX

3 VOS GARANTIES

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale.
A partir du 1er juillet 2022

	Formule 1		Formule 2		Formule 3	
	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM	Signataires DPTAM	Non signataires DPTAM
HOSPITALISATION (Chirurgie, Maladie, Maternité)						
Frais de séjour (conventionné ou non conventionné)	400% BR		300% BR		100% BR	
(conventionné)						
(non conventionné)						
Forfait Patient Urgence						
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale						
Frais d'accompagnement lit et repas (enfant-18 ans) non rem-						
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux : Généralistes conventionnés						
Honoraires médicaux : Spécialistes conventionnés						
Honoraires médicaux : Petite chirurgie / Actes de Spécialité conventionné						
Honoraires médicaux : Radiologie, Imagerie Médicale (dont échographie) conventionné						
Actes de laboratoire						
	3,5% PMSS / an / bénéficiaire		3.5% PMSS / an / bénéficiaire		3.5% PMSS / an / bénéficiaire	
Matériel médical : Appareillages et accessoires (dont fauteuil roulant)						
Téléconsultation médicale	Service Mes Docteurs, disponible depuis votre Espace personnel					
AIDES AUDITIVES : 1 appareil par oreille / 4 ans						
<i>Prestations du Panier 100% Santé</i>						
Aide auditive	100% PLV- RSS		100% PLV- RSS		100% PLV- RSS	
Piles et entretien pour prothèse auditive						
<i>Prestations du Panier Libre</i>						
Aide auditive : 20 ans et + (par oreille)						
Aide auditive : < 20 ans (par oreille)						
Piles et entretien pour prothèse auditive						
OPTIQUE : 1 paire de lunettes tous les 2 ans pour les adultes sauf changement de correction visuelle et pathologies définies par le législateur et sauf pour les moins de 16 ans						
<i>Prestations du Panier 100% Santé</i>						
Monture, Verre & examen visuel	100% PLV- RSS		100% PLV- RSS		100% PLV- RSS	
Appairage, Suppléments pour verre en cas de pathologie	100% PLV- RSS		100% PLV- RSS		100% PLV- RSS	
<i>Prestations du Panier Libre</i>						
	100 €- RSS		100 €- RSS		70 €- RSS	
	100 €- RSS		60 €- RSS		50 €- RSS	
	Voir grille optique		Voir grille optique		Voir grille optique	
Suppléments pour verre en cas de pathologie						
Lentilles remboursées et non remboursées par la SS	+ 8% PMSS / an / bénéficiaire		+5% PMSS / an / bénéficiaire			
Chirurgie réfractive						

Garanties exprimées en complément de la Sécurité sociale.	Formule 1	Formule 2	Formule 3
DENTAIRE			
<i>Prestations du Panier 100% Santé</i>			
Soins et prothèses dentaires	100% HLF- RSS	100% HLF- RSS	100% HLF- RSS
<i>Prestations des Paniers Libre & Maîtrisé</i>		<i>Plafond prothèse dentaire non remboursées par la SS (couronne sur dent saine) : 1500 € par an et par bénéficiaire</i>	
Soins dentaires (conventionné)			
Soins dentaires (non conventionné)			
Inlays-Onlays (conventionné)	400% BR limité à 100% de l'HLF-	350% BR limité à 100% de l'HLF-	100% BR limité à 100% de l'HLF-
Inlays-Onlays (non conventionné)	350% BR limité à 100% de l'HLF-	100% BR limité à 100% de l'HLF-	50% BR limité à 100% de l'HLF-
Prothèses dentaires	- 50% BR sans devis	- 50%BR sans devis	- 50%BR sans devis
Prothèses dentaires hors Inlay Cores (conventionné)	450% BR limité à 100% de l'HLF-	350% BR limité à 100% de l'HLF-	100% BR limité à 100% de l'HLF-
Prothèses dentaires hors Inlay Cores (non conventionné)	400% BR limité à 100% de l'HLF-	150% BR limité à 100% de l'HLF-	50% BR limité à 100% de l'HLF-
Inlay Cores (conventionné)	350% BR limité à 100% de l'HLF-	350% BR limité à 100% de l'HLF-	100% BR limité à 100% de l'HLF-
Inlay Cores (non conventionné)	300% BR limité à 100% de l'HLF-	150% BR limité à 100% de l'HLF-	50% BR limité à 100% de l'HLF-
Prothèses dentaires non remboursées par la SS dont couronne sur dent saine (conventionné)			
Prothèses dentaires non remboursées par la SS dont couronne sur dent saine (non conventionné)			
Plafond Implants	3 implants / an / bénéficiaire	-	-
Implant dentaire non remboursé par la SS : racine		-	-
Implant dentaire non remboursé par la SS : pilier		-	-
Plafond parodontologie	1000 € / an / bénéficiaire, au-delà TM		
Parodontologie remboursée ou non par la SS (conventionné)		-	-
Parodontologie remboursée ou non par la SS (non conventionné)		-	-
Orthodontie (analyse, contention) maxi 6 semestres (conventionné)			
Orthodontie (analyse, contention) maxi 6 semestres (non conventionné)			
Orthodontie non remboursée par la SS (analyse, contention) maxi 6 semestres (conventionné)		-	-
Orthodontie non remboursée par la SS (analyse, contention) maxi 6 semestres (non conventionné)		-	-
MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE par un praticien ayant un n° ADELI ou FINESS, non remboursée par la SS			
Ostéopathie / Chiropractie / Homéopathie / Acupuncture / Sophrologie / Etiopathie / Hypnose en cas de sevrage tabagique / Ergothérapie / Nutritionniste-diététicien / Psychologie non remboursée par la SS	bénéficiaire (max 5 par an)	bénéficiaire (max 5 par an)	bénéficiaire (max 5 par an)
	bénéficiaire (max 5 par an)	-	-
AUTRES SOINS			
Transport et hébergement	100% TM (soins)	100% TM (soins)	100% TM (soins)
PRÉVENTION			
ASSISTANCE : Contactez Harmonie Santé Services au 09 69 39 29 13 (appel non surtaxé) Sans interruption, 24h/24, 7j/7 (Accès direct au service du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30)			

Ces tableaux sont communiqués à titre d'information et ne sauraient être assimilés aux notices d'informations de l'assureur.

> Le secteur non conventionné est considéré comme du non DPTAM

> DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée, nouvelle dénomination du CAS : Contrat d'Accès aux Soins (Pour savoir si votre médecin est DPTAM rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>)

> FR : Frais Réels : Dépenses engagées par l'assuré. Elles figurent sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale, les factures...

> BR : Base de Remboursement Sécurité sociale : Tarif officiel à partir duquel la Sécurité sociale calcule le montant de ses remboursements conventionnés.

> TM : Ticket Modérateur : Différence entre la Base de Remboursement (BR) Sécurité sociale et le remboursement Sécurité sociale (RSS).

> PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale : Ce montant est fixé par décret et est fixé réglementairement au 1^{er} janvier de chaque année.

> PLV : Prix limite de vente imposé par la législation - pas de reste à charge

> HLF : Honoraires limites de facturation imposé par la législation - équivalent du PLV pour les dentistes - pas de reste à charge

> SS : Sécurité sociale

*Médicaments inscrits au Vidal

GRILLES OPTIQUE

Formule 1					
Garantie exprimée y compris SS	Puissance (sphère ou somme S)	VERRE UNIFOCAL		VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL	
		Classe responsable	Panier Libre	Classe responsable	Panier Libre
Verre sphérique	0.25 à 2.00	simple	110 €	complexe	250 €
	2.25 à 4.00	simple	110 €	complexe	250 €
	4.25 à 6.00	simple	150 €	très complexe	330 €
	6.25 à 8.00	complexe	180 €	très complexe	330 €
	8.25 à 12.00	complexe	220 €	très complexe	330 €
	> 12.00	complexe	220 €	très complexe	330 €
Verre sphéro-cylindrique (+) [0.25 à 4.00]	0.25 à 2.00	simple	130 €	complexe	280 €
	2.25 à 4.00	simple	130 €	complexe	280 €
	4.25 à 6.00	simple	160 €	complexe	300 €
	6.25 à 8.00	complexe	190 €	complexe	300 €
	8.25 à 12.00	complexe	190 €	très complexe	350 €
	> 12.00	complexe	190 €	très complexe	350 €
Verre sphéro-cylindrique (+) > 4.00	0.25 à 2.00	complexe	170 €	très complexe	280 €
	2.25 à 4.00	complexe	170 €	très complexe	280 €
	4.25 à 6.00	complexe	170 €	très complexe	300 €
	6.25 à 8.00	complexe	210 €	très complexe	300 €
	8.25 à 12.00	complexe	210 €	très complexe	350 €
	> 12.00	complexe	210 €	très complexe	350 €

Formule 2					
Garantie exprimée y compris SS	Puissance (sphère ou somme S)	VERRE UNIFOCAL		VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL	
		Classe responsable	Panier Libre	Classe responsable	Panier Libre
Verre sphérique	0.25 à 2.00	simple	90 €	complexe	230 €
	2.25 à 4.00	simple	90 €	complexe	230 €
	4.25 à 6.00	simple	130 €	très complexe	310 €
	6.25 à 8.00	complexe	160 €	très complexe	310 €
	8.25 à 12.00	complexe	200 €	très complexe	310 €
	> 12.00	complexe	200 €	très complexe	310 €
Verre sphéro-cylindrique (+) [0.25 à 4.00]	0.25 à 2.00	simple	110 €	complexe	260 €
	2.25 à 4.00	simple	110 €	complexe	260 €
	4.25 à 6.00	simple	140 €	complexe	280 €
	6.25 à 8.00	complexe	170 €	complexe	280 €
	8.25 à 12.00	complexe	170 €	très complexe	330 €
	> 12.00	complexe	170 €	très complexe	330 €
Verre sphéro-cylindrique (+) > 4.00	0.25 à 2.00	complexe	150 €	très complexe	260 €
	2.25 à 4.00	complexe	150 €	très complexe	260 €
	4.25 à 6.00	complexe	150 €	très complexe	280 €
	6.25 à 8.00	complexe	190 €	très complexe	280 €
	8.25 à 12.00	complexe	190 €	très complexe	330 €
	> 12.00	complexe	190 €	très complexe	330 €

Formule 3					
Garantie exprimée y compris SS	Puissance (sphère ou somme S)	VERRE UNIFOCAL		VERRE PROGRESSIF / MULTIFOCAL	
		Classe responsable	Panier Libre	Classe responsable	Panier Libre
Verre sphérique	0.25 à 2.00	simple	70 €	complexe	210 €
	2.25 à 4.00	simple	70 €	complexe	210 €
	4.25 à 6.00	simple	110 €	très complexe	290 €
	6.25 à 8.00	complexe	140 €	très complexe	290 €
	8.25 à 12.00	complexe	180 €	très complexe	290 €
	> 12.00	complexe	180 €	très complexe	290 €
Verre sphéro-cylindrique (+) [0.25 à 4.00]	0.25 à 2.00	simple	90 €	complexe	240 €
	2.25 à 4.00	simple	90 €	complexe	240 €
	4.25 à 6.00	simple	120 €	complexe	260 €
	6.25 à 8.00	complexe	150 €	complexe	260 €
	8.25 à 12.00	complexe	150 €	très complexe	310 €
	> 12.00	complexe	150 €	très complexe	310 €
Verre sphéro-cylindrique (+) > 4.00	0.25 à 2.00	complexe	130 €	très complexe	240 €
	2.25 à 4.00	complexe	130 €	très complexe	240 €
	4.25 à 6.00	complexe	130 €	très complexe	260 €
	6.25 à 8.00	complexe	170 €	très complexe	260 €
	8.25 à 12.00	complexe	170 €	très complexe	310 €
	> 12.00	complexe	170 €	très complexe	310 €

*Verre simple (a) : verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verre complexe (c) : verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à +6,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 6,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

***Verre très complexe (f) : verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme est supérieure à 8,00 dioptries.

! Votre régime sans questionnaire médical ni délai de carence !

4 LES TARIFS 2024

Cotisations par mois et par individu	Garantie Formule 1	Garantie Formule 2	Garantie Formule 3
Par adulte	4,91% PMSS*	3,80% PMSS*	3,01% PMSS*
<i>Exemple pour un adulte par mois en 2024</i>	<i>189,72 €* </i>	<i>146,83 €* </i>	<i>116,31 €* </i>
Par enfant	2,39% PMSS*	1,88% PMSS*	1,46% PMSS*
<i>Exemple pour un enfant par mois en 2024</i>	<i>92,35 €* </i>	<i>72,64 €* </i>	<i>56,41 €* </i>

*Montant PMSS 2024 = 3 864 €

5 LES CONSEILS PRATIQUES

REMBOURSEMENT PAR TÉLÉTRANSMISSION (N.O.E.M.I.E)

Si les décomptes de votre régime obligatoire (Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole, etc.) comportent le message «Décompte transmis directement à votre organisme complémentaire», vous bénéficiez de ce service.

Vous n'avez pas à adresser les décomptes du régime obligatoire puisque votre Centre de gestion les reçoit directement par flux informatique. Si un justificatif est nécessaire, vous pouvez l'adresser à votre Centre de gestion sans attendre le remboursement de votre régime obligatoire.

→ Comment bénéficier de la télétransmission ?

Pour bénéficier de la télétransmission, envoyez à votre Centre de Gestion une photocopie de l'attestation de droit à l'assurance maladie de votre régime obligatoire et celles de vos bénéficiaires, ou rendez-vous sur ameli.fr

→ Que faire si la télétransmission n'est pas activée ?

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, vous devez adresser les décomptes du régime obligatoire à votre Centre de gestion, accompagnés des justificatifs des frais réels engagés si nécessaire (se référer à la liste ci-après des justificatifs à fournir impérativement).

CARTE DE TIERS-PAYANT

→ La carte de tiers payant sera délivrée après validation de votre adhésion par le Centre de Gestion.

→ Elle est disponible tout au long de l'année sur votre Espace personnel et sur l'application mobile.

→ **Le conjoint ou concubin, bénéficiant d'un premier organisme complémentaire, n'apparaîtra pas sur l'attestation tiers payant du salarié.**



Cette attestation vous dispense de l'avance de certains frais chez les professionnels de santé. Un accord de tiers payant doit être signé entre PLANSANTÉ et le professionnel de santé. Cette carte ne fait pas office de certificat d'adhésion.

REMBOURSEMENTS

Consultez vos remboursements sur votre Espace personnel www.noveocare.com, rubrique «Mes remboursements», ou depuis l'application mobile. Vous recevez également un email directement après chaque remboursement.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

Pour toute hospitalisation au sein d'un établissement conventionné Sécurité sociale, vous pouvez formuler une demande de prise en charge sur le site www.noveocare.com, sur l'application mobile ou par téléphone. La prise en charge sera envoyée directement à l'établissement vous permettant ainsi l'exonération de l'avance de tout ou partie des frais.

ENFANTS À CHARGE APRÈS 20 ANS

Pour la poursuite de l'indemnisation de tout enfant scolarisé, vous devez fournir à NoveoCare à chaque rentrée scolaire un justificatif de sa situation (certificat de scolarité, copie du contrat d'apprentissage, justificatif Pôle emploi...).

ATTENTION : L'absence de ces justificatifs entraîne la radiation automatique des enfants en fin d'année. Ils ne figureront plus sur l'attestation tiers payant.

JUSTIFICATIFS À FOURNIR



Pensez-y ! Rapide, simple et sécurisé :

Déposez vos justificatifs, factures et devis en ligne sur votre Espace personnel ou depuis l'application mobile

→ Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Facture acquittée (bordereau AMC en clinique) mentionnant les dépassements d'honoraires éventuels et indiquant si le praticien est adhérent aux Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM).

→ Prothèses dentaires et orthodontie

Facture acquittée établie par le dentiste, accompagnée de la copie des feuilles de soins bucco-dentaires, détaillant :

- le prix des soins
- le prix des prothèses
- le numéro des dents traitées
- la codification des actes

Une radiographie, avant et/ou après traitement, peut vous être demandée pour l'instruction de votre dossier.

→ Pharmacie

Reçu délivré par votre pharmacien, si vous êtes détenteur d'une attestation tiers payant SP SANTÉ et que vous ne l'avez pas utilisée.

→ Maternité

Factures justificatives d'hospitalisation accompagnées de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant.

→ Frais d'optique

Lunettes : facture acquittée détaillant le prix de chaque verre et de la monture ainsi que la copie de la prescription médicale.

Lentilles : facture acquittée accompagnée de la copie de la prescription médicale comportant la marque des lentilles. Cette prescription sera conservée entre 1 an et 2 ans à compter de sa date d'émission (selon mention du prescripteur), il est donc inutile d'en renvoyer une copie durant cette période.

Si vous ne demandez pas de prise en charge (paiement direct à l'opticien), envoyez-nous dès que possible la facture acquittée et la copie de la prescription médicale (et le décompte Sécurité sociale si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission).

→ Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale

Facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des frais d'hébergement et de transport.

→ Autres actes

Si vous avez réglé la part complémentaire (ex : actes radiologiques, biologiques, transport...), transmettez au Centre de gestion le reçu attestant de ce paiement.

D'une manière générale, il convient d'adresser tout justificatif en cas de dépassements d'honoraires.

VOTRE ESPACE PERSONNEL :

WWW.NOVEOCARE.COM / APPLICATION MOBILE

- Déposer vos justificatifs, devis et factures en ligne
- Suivez l'évolution du traitement de vos demandes
- Visualisez et imprimez votre carte tiers payant
- Consulter vos remboursements
- Consulter et modifier vos coordonnées bancaires et postales
- Communiquer avec NoveoCare
- Consulter les accords tiers payant
- Établir vos demandes de prise en charge hospitalière
- Consulter vos garanties

Téléchargez dès maintenant l'application MyNoveoCare et retrouvez toutes les infos de votre complémentaire santé à portée de main !



Pour des renseignements sur les remboursements, des informations sur les garanties, des prises en charge hospitalière... Contactez NoveoCare :



www.noveocare.com
Espace personnel



Application mobile
MyNoveoCare



NoveoCare
CG 74 - Service BAYER
28039 Chartres Cedex



du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h
02 46 81 00 26

A bientôt !

noveo
care