



Complémentaire Santé

Votre guide pratique

Non cadres

Keolis Dijon

Mobilités

KEOLIS



noveo
care

Votre entreprise a souscrit un contrat Frais de Santé collectif à adhésion obligatoire auprès de **ANIPS** au profit de l'ensemble de ses collaborateurs non cadres.

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

SOMMAIRE

- 1 | Comment adhérer ? p.3
- 2 | Les bénéficiaires du régime p.3
- 3 | À noter p.4
- 4 | Votre Espace personnel p.4
- 5 | Vos garanties p.5
- 6 | Votre réseau de soins p.7
- 7 | Les conseils pratiques p.8

LES ACTEURS DE VOTRE RÉGIME

Votre organisme assureur

Anips

Votre gestionnaire

**noveo
care**

Votre réseau de soins

itelis

LES COORDONNÉES DE VOTRE CENTRE DE GESTION



www.noveocare.com
Espace personnel



Application mobile
MyGFP / MyNoveocare



NoveoCare
CG 74
28039 Chartres Cedex



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

1 COMMENT ADHÉRER ?



SUR INTERNET : C'EST SIMPLE, RAPIDE ET SÉCURISÉ !

- 1 Connectez-vous à votre Espace personnel sur www.noveocare.com
- 2 Une fois connecté, suivez les indications !
 - Vérifiez et complétez vos informations personnelles (coordonnées postales et bancaires)
 - Inscrivez les bénéficiaires que vous souhaitez couvrir par le régime



En procédant à l'affiliation en ligne, seul un Relevé d'Identité Bancaire vous sera demandé.



PAR COURRIER

(uniquement si vous ne pouvez pas compléter votre affiliation en ligne)

- Complétez le bulletin : votre identité, vos bénéficiaires ainsi que vos coordonnées postales et bancaires
- Retournez-le directement à NoveoCare
- Joignez toutes les pièces justificatives demandées (attestation carte Vitale, RIB, mandat SEPA...)

2 QUI PEUT ADHÉRER ?

Les bénéficiaires des garanties sont **le salarié** ainsi que ses ayants droit.

Sont considérés comme ayant droit du membre participant :

- Les personnes reconnues comme ayant-droit par la législation de la Sécurité Sociale ;
- Les membres d'une même famille ou vivant au foyer du membre participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle et désignés sur le bulletin d'adhésion :

→ **Votre conjoint, partenaire PACS ou concubin.**

Le conjoint doit être non séparé de corps en vertu d'une décision de justice ; le partenaire doit être lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ; et le concubin est la personne qui vit maritalement avec vous sans pour autant que vous soyez mariés ou Pacsés ensemble ou par ailleurs, cette situation devant être constatée par une déclaration sur l'honneur adressée à la mutuelle.

→ **Vos enfants et ceux de votre conjoint, partenaire PACS, concubin** âgés de moins de 28 ans non mariés, non pacsés ou ne vivant pas en concubinage.

Les garanties cessent au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les enfants atteignent leur 28^{ème} anniversaire.

Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayant-droit du membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat sans limite d'âge s'ils sont titulaires avant leur 28^{ème} anniversaire d'une allocation spécifique aux personnes handicapées (AEH ou AAH).

3 À NOTER

Date d'effet

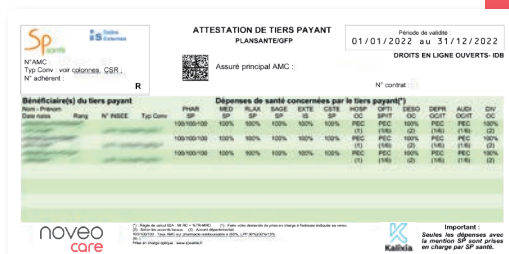
À compter de la date d'effet du contrat ou de votre entrée dans l'entreprise, votre garantie débute immédiatement pour vous et les membres de votre famille inscrits en tant que bénéficiaires, sous réserve d'éventuelles dispenses.

Changement de situation

Tout changement de vos coordonnées postales ou bancaires est à communiquer à NoveoCare. Modifiez-les directement en ligne sur votre Espace personnel www.noveocare.com ou contactez NoveoCare par courrier.

Délai de forclusion

Vous disposez d'un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins pour prétendre à un remboursement de vos frais de santé.



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.

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.



4 VOTRE ESPACE PERSONNEL

Dès la mise à disposition de votre carte de tiers payant, créez votre compte personnel sécurisé sur : www.noveocare.com



Téléchargez dès maintenant l'application **MyGFP / MyNoveoCare** et retrouvez toutes les informations de votre Espace personnel à portée de main !



Sur votre Espace personnel, vous pouvez :

- Déposer **vos justificatifs, devis et factures** en ligne
- Consulter **vos remboursements**
- Visualiser et imprimer **votre carte de tiers payant**
- Vérifier et modifier **vos coordonnées bancaires et postales**
- **Échanger avec votre Centre de gestion**
- Demander votre **prise en charge hospitalière**
- Suivre l'évolution du **traitement de votre demande**
- Trouver des **professionnels de santé** pratiquant le tiers payant



DÉPÔT DE DOCUMENTS

Simple, rapide et sécurisé



CARTE DE TIERS PAYANT

Sécurisé, pratique et rapide



MESSAGERIE

Retrouvez les messages de votre Centre de gestion



ÉTAT DES DEMANDES

Suivez l'évolution de vos demandes

5 VOS GARANTIES

Keolis Dijon Mobilités - Non Cadres - 01/01/2023 Y compris les prestations de la Sécurité sociale	BASE OBLIGATOIRE	Précisions
HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
- Médecins signataires D.P.T.M.	200% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation
- Médecins non signataires D.P.T.M.	180% B.R.	
Participation du patient	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours		
- Frais de séjour	100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	
- Chambre particulière avec nuitée	2% P.M.S.S	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie et Maternité. Durée limitée à : - 30 jours par séjours en Médecine. - 60 jours par séjour en Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation,...). - 30 jours par année civile en Psychiatrie.
- Frais d'accompagnement	2% P.M.S.S	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites des médecins généralistes		
- Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	
Consultations, visites des médecins spécialistes		
- Médecins signataires D.P.T.M.	170% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	150% B.R.	
Sages-femmes	120% B.R.	
Honoraires paramédicaux		
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	100% B.R.	
Actes d'imagerie		
- Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
- Médecins signataires D.P.T.M.	120% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	100% B.R.	
Participation du patient	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments		
- Médicaments à Service Médical Rendu important - modéré - faible	100% B.R.	
Matériel médical		
- Accessoires, appareillages, orthopédie	100% B.R. + 13% P.M.S.S.	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques.
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)		
Transports		
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	100% B.R.	
Autres prestations		
- Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturothérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures-podologues, phytothérapeutes, psychologues, sexologues, sophrologues, étioopathes	80 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement	100% B.R. + 296 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Pour le transport et l'hébergement non remboursés par l'A.M.O., versé sur présentation de justificatifs de dépenses.

SUITE - Keolis Dijon Mobilités - Non Cadres - 01/01/2023 Y compris les prestations de la Sécurité sociale	BASE OBLIGATOIRE	Précisions
DENTAIRE		
- Soins, actes et consultations	150% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	250% B.R.	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)		
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé		
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.		
- Prothèses	Frais Réels	
Prothèses hors 100% santé - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé		
Panier à honoraires maîtrisés		
- Inlays onlays	150% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses	420% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Inlay cores	100% B.R. + 200 €	Forfait par prothèse et par bénéficiaire. Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
Panier à honoraires libres		
- Inlays onlays	150% B.R.	
- Prothèses	420% B.R.	
- Inlay cores	100% B.R. + 200 €	Forfait par prothèse et par bénéficiaire.
OPTIQUE		
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.		
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) Classe A		
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.		
- Monture	Frais Réels	
- Verres : tous types de correction	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres		
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins		
- Monture	100 €	
- Verre simple	95 €	
- Verre complexe	200 €	
- Verre très complexe	230 €	
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins		
- Monture	80 €	
- Verre simple	80 €	
- Verre complexe	100 €	
- Verre très complexe	100 €	
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	100% B.R.	
Lentilles (Forfait par année civile et par bénéficiaire Sur prescription médicale.)		
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	100% B.R. + 150 €	
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	200 €	Y compris produits d'entretien.
AIDES AUDITIVES		
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date		
Équipement 100% santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente		
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.		
- Aides auditives	Frais Réels	
Équipement hors 100% santé Classe II - Tarifs libres		
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	100% B.R. + 30% P.M.S.S.	Forfait par oreille et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction Dans la limite de 1 700€ par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	100% B.R. + 30% P.M.S.S.	Forfait par oreille et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	100% B.R.	
MATERNITÉ		
- Frais de maternité	12% P.M.S.S.	Prise en charge des dépassements d'honoraires et de la chambre particulière sur présentation de justificatifs de dépenses.
Assistance : voir notice d'informations.		
Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.		

A.M.O. = Assurance Maladie Obligatoire

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.

Document non contractuel, seule la notice de l'assureur fait foi. Décembre 2022

6 VOTRE RÉSEAU DE SOINS

itelis

Dans l'objectif de vous permettre de diminuer vos dépenses de santé et de vous assurer des soins de qualité, votre entreprise a souhaité vous faire bénéficier des avantages d'Itelis.

En vous rendant chez les professionnels de santé partenaires d'Itelis, vous bénéficiez de tarifs privilégiés et de services exclusifs qu'Itelis a négociés pour vous.

Vous bénéficiez également du tiers payant pour ne plus faire l'avance de frais sur la part complémentaire.



OFFRE OPTIQUE

Jusqu'à **40%**
D'ÉCONOMIE
sur les verres

Jusqu'à **25%**
DE REMISE
sur les montures

15%
DE REMISE
MINIMALE
sur le para-optique

10%
DE REMISE
MINIMALE
sur les lentilles

- Rapport qualité/prix performant
- Tiers payant
- Large choix de produits
- Origine certifiée
- Marque exclusivement
- Garanties après-vente (casse, adaptation, déchirure)
- Géolocalisation des Opticiens
- Informations et prévention
- Tests de vue en ligne
- Accompagnement personnalisé
- Services de mobilité



OFFRE AUDIO

Jusqu'à **15%**
D'ÉCONOMIE
sur les aides auditives

15%
DE REMISE
MINIMALE
sur les accessoires (appareils connectés, casques TV, téléphones...)

10%
DE REMISE
MINIMALE
sur les produits d'entretien

- Rapport qualité/prix performant
- Tiers payant
- Large choix de produits
- Origine certifiée
- Marque exclusivement
- Garanties après-vente (adaptation, dépannage et démontage)
- Géolocalisation des Audioprothésistes
- Informations et prévention
- Tests de l'ouïe en ligne
- Accompagnement personnalisé



OFFRE DENTAIRE

Jusqu'à **15%**
D'ÉCONOMIE
sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridges)

Jusqu'à **25%**
D'ÉCONOMIE
sur un traitement implantaire

À PARTIR DE
1490€
pour un acte complet d'implantologie (implant, pilier, couronne)

- Tiers payant pour les prothèses
- Remplacement de l'implant en cas de rejet
- Conseils d'experts pour éclairer les bénéficiaires et les aider à décrypter leurs devis



OFFRE CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Jusqu'à **30%**
D'ÉCONOMIE
sur les techniques les plus utilisées (PKR, LASIK, FEMTO)

À PARTIR DE
1400€
pour les deux yeux

- Centres spécialisés
- Chirurgiens expérimentés
- Critères de qualité

UN MODE D'EMPLOI TRÈS SIMPLE



1 Localisez et identifiez le partenaire d'Itelis le plus proche de chez vous :

- Par internet, grâce à l'outil de géolocalisation disponible depuis votre Espace personnel sur www.noveocare.com ou via l'application mobile
- Par téléphone, en appelant votre Centre de gestion du lundi au vendredi de 8h30 à 18h : **02 46 81 00 26**
- Pour les opticiens et les audioprothésistes : sur place, vérifiez l'appartenance du professionnel au réseau grâce à l'autocollant Itelis ci-contre figurant sur sa vitrine

2 Présentez au professionnel de santé partenaire votre carte de tiers payant faisant apparaître le logo Itelis

3 Demandez à bénéficier des avantages Itelis

7 LES CONSEILS PRATIQUES

REMBOURSEMENT PAR TÉLÉTRANSMISSION (NOÉMIE)

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, indiquez le code organisme de rattachement Sécurité sociale lors de votre adhésion en ligne ou envoyez à votre Centre de gestion une copie de l'attestation de votre régime obligatoire et celles de vos bénéficiaires, accompagnées d'un Relevé d'Identité Bancaire pour percevoir vos remboursements.

→ 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).

PORTABILITÉ


Conformément à la législation en vigueur, vous pouvez éventuellement bénéficier du maintien du régime frais de santé à titre gratuit (sur une durée limitée), à la suite de l'interruption de votre contrat de travail et dès lors que vous bénéficiez de droits auprès de Pôle emploi. Contactez votre service RH avant votre départ pour toute précision.

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 et une copie vous sera adressée par email, vous permettant l'exonération de l'avance de tout ou partie des frais.

ENFANTS À CHARGE

Pour la poursuite de l'indemnisation de tout enfant de plus de 18 ans, vous devez fournir à NoveoCare à chaque rentrée scolaire le justificatif de situation de votre enfant. Les justificatifs sont à déposer sur votre Espace personnel ou depuis l'application mobile.

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

VOS 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.

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

Pensez-y ! Rapide, simple et sécurisé :

Déposez vos justificatifs, factures et devis en ligne sur votre Espace personnel www.noveocare.com 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

Facture acquittée justificative d'hospitalisation accompagnée 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 dès que possible la facture acquittée et la copie de la prescription médicale (et le décompte Sécurité sociale si participation de l'organisme, 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.

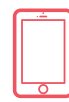
→ Autres actes

Si vous avez réglé la part complémentaire (ex : actes radiologiques, biologiques, transport...), transmettez à votre Centre de gestion le reçu détaillé attestant de ce paiement. D'une manière générale, il convient de nous adresser tout justificatif en cas de dépassements d'honoraires.

A bientôt !



www.noveocare.com
Espace personnel



Application mobile
MyGFP / MyNoveoCare



NoveoCare
CG 74
28039 Chartres Cedex



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