

GUIDE PRATIQUE DU RÉGIME D'ACCUEIL DES RETRAITES

—
2024

ÉDITO

Le choix d'une assurance complémentaire santé ne se pose guère durant les années d'activité professionnelle. Il relève de l'entreprise et son coût est pris en charge en partie par l'employeur. Mais une fois en retraite, la situation change.

Tout d'abord les revenus baissent, la consommation des soins dus à l'âge augmente, la cotisation désormais intégralement à charge devient fiscalisable dans son intégralité.

Ce guide vous permet de mieux comprendre les deux options qui s'offrent à vous : soit le maintien de couverture du statut salarié (loi Evin), soit la souscription à la Mutuelle Malakoff Humanis Saint-Gobain adaptée aux risques médicaux des seniors. L'adhésion à ce régime des retraités n'est possible que dans les six mois suivant le départ en retraite, soit à l'issue de la période de réduction de deux ans de la loi Evin. A l'issue de ces délais, il ne sera plus possible de bénéficier du régime des retraités car le calcul de sa cotisation reste constant quelque soit l'âge du retraité.

Pour rappel, depuis 2011 le Groupe Saint-Gobain offre à ses salariés et retraités l'accès à une mutuelle santé qui leur est réservée. Elle bénéficie de frais de gestion réduits. Son suivi et son évolution sont assurés par un comité de pilotage constitué de représentants de la direction, des salariés et des retraités.

Compte tenu de l'importance de la mutuelle santé dans la vie des retraités, l'Amicale des Retraités de Saint-Gobain reste attentive aux préoccupations exprimées par les futurs, nouveaux et anciens retraités afin de justifier en permanence de ce choix d'adhésion.

Jacques PESTRE
Président de l'Amicale des Retraités de Saint-Gobain



PRÉAMBULE

En tant que nouveau retraité, pré-retraité, futur retraité, ancien salarié dont le contrat de travail est rompu, conjoint d'ancien salarié*... vous avez la possibilité de souscrire au dispositif mis en place par la Mutuelle Malakoff Humanis pour assurer la continuité de votre couverture Frais de santé et bénéficier de garanties de bons niveaux à tarifs négociés.

Découvrez dans ce guide, les solutions qui vous sont proposées.

**Retrouvez dès à présent
votre tout nouvel espace
d'informations :**



*Voir détail dans le glossaire en page 35.

LE DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR VOTRE MUTUELLE

Le Groupe Saint-Gobain avec la Mutuelle Malakoff Humanis a mis en place une solution adaptée à vos besoins. Ce dispositif vous permet de couvrir toute votre famille si vous le souhaitez et propose différents niveaux de couverture Frais de santé.

3 niveaux de garanties vous sont proposés avec :

■ **des conditions d'adhésion facilitées :**

- sans questionnaire de santé, ni de sélection médicale,
- sans évolution tarifaire en fonction de l'âge,
- sans délai de carence.

■ **des prestations renforcées par le choix de deux options supplémentaires.**

■ **de nombreux services intégrés pour prendre soin de votre santé et rendre vos démarches toujours plus faciles.**



SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE SANTÉ	6
LES BÉNÉFICIAIRES DE VOTRE GARANTIE SANTÉ.	7
PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE.	8
VOS CHOIX D'OPTIONS	18
LES GARANTIES DES OPTIONS PROPOSÉES	19
OPTION / PAS OPTION, COMMENT FAIRE LE BON CHOIX ? . .	22
LES MODALITÉS D'AFFILIATION	23
VOTRE ESPACE CLIENT PARTICULIER.	24
CARTE DE TIERS PAYANT	25
RÉSEAUX DE SOINS	26
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION	27
ASSISTANCE SANTÉ	28
AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS	29
LE DISPOSITIF PRÉVU DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN	33
GLOSSAIRE	35
CONTACTS	40

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE SANTÉ



En tant qu'ancien salarié* ou conjoint d'ancien salarié du Groupe Saint-Gobain vous avez la possibilité de souscrire à titre individuel (cotisation intégralement à votre charge) à une solution adaptée et évolutive conçue spécifiquement pour vous :

■ **Choix entre 3 niveaux de garanties :**

- **Essentiel** : pour couvrir l'indispensable
- **Confort** : pour couvrir les soins courants et gérer les imprévus
- **Optimum** : pour une protection renforcée

■ **Possibilité d'adhérer en « Assuré seul »** ou en « **Assuré et sa famille** » pour répondre au mieux à votre situation.

Vous pouvez cotiser :



« Assuré seul »



« Assuré et sa famille »

À NOTER :

On entend par « **FAMILLE** » :

VOUS + VOTRE CONJOINT :

- mariage
- ou Pacte civil de solidarité
- ou concubinage

Et/ou

LES ENFANTS à charge fiscale

Retrouvez le détail des bénéficiaires de votre garantie santé en page suivante.

* Ancien salarié dont le contrat de travail est rompu, pré-retraité, retraité, conjoint, Pacsé ou concubin ... voir détail dans le glossaire en page 35.

LES BÉNÉFICIAIRES DE VOTRE GARANTIE SANTÉ

À NOTER :

Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, pensez à adresser avant le 31 octobre de chaque année, les éléments justifiant de leur situation pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de votre couverture santé, aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers de payant.

Pour plus de détails, consultez la Notice d'Information qui vous a été remise.

Selon votre choix de couverture « Assuré seul » ou en « Assuré et sa famille » les garanties couvrent :

VOUS-MÊME

VOTRE CONJOINT (*)

- marié(e) ou lié(e) par un Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- ou votre concubin, sous réserve qu'il réside sous le même toit que vous (attestation jointe à la carte vitale ou facture mentionnant un domicile commun faisant foi).

VOS ASCENDANTS

- à charge fiscalement.

VOS ENFANTS

Vos enfants à charge ou ceux de votre conjoint au sens du contrat qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être âgés de moins de 21 ans,
- bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré ou de celle de votre conjoint ou d'une affiliation personnelle,
- être fiscalement à votre charge,
- de moins de 28 ans, s'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnent sous contrat d'apprentissage,
- de moins de 28 ans s'ils sont inscrits à Pôle Emploi comme primo demandeurs ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC,
- de moins de 28 ans s'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
- quel que soit leur âge s'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité.

(*) Conjoint du participant non divorcé ou non séparé de corps judiciairement.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties Essentiel, Confort et Optimum vous couvrent, vous et votre famille, le cas échéant, pour vos remboursements complémentaires santé en **hospitalisation**, dentaire, optique, aide auditive, soins courants...

HOSPITALISATION (1)

en établissement conventionné ou non ⁽²⁾

		ESSENTIEL	CONFORT	OPTIMUM
		Remboursements Prestations versées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées		
Frais de séjour	En établissement conventionné	100 % BR	230 % BR	380 % BR
	En établissement non conventionné	100 % BR	230 % BR	380 % BR
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	230 % BR	380 % BR
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (conventionné et non conventionné)*	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾ Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée	100 % DE sans limitation de durée
Chambre particulière ⁽³⁾ - non remboursée par la Sécurité sociale		30 €	50 €	80 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces dispositifs, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties Essentiel, Confort et Optimum vous couvrent, vous et votre famille, le cas échéant, pour vos remboursements complémentaires santé en hospitalisation, **dentaire**, optique, aide auditive, soins courants...

		ESSENTIEL	CONFORT	OPTIMUM
		Remboursements Prestations versées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées		
		Sans reste à payer ⁽⁶⁾	Sans reste à payer ⁽⁶⁾	Sans reste à payer ⁽⁶⁾
Soins et prothèses 100 % Santé*	Couronnes, bridges et autres prothèses dentaires			
Soins	Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	300 % BR	370 % BR	370 % BR
	Inlay-core	145 % BR	195 % BR	220 % BR
	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	300 % BR	370 % BR	370 % BR
	Inlay-core à tarifs modérés	145 % BR	195 % BR	220 % BR
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	300 % BR	370 % BR	370 % BR
	Inlay-core à tarifs libres	145 % BR	195 % BR	220 % BR
	Couronnes non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	Néant	150 % BR
Implants dentaires		400 € (1 par an)	500 € (1 par an)	500 € (1 par an)
Orthodontie ⁽⁵⁾	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	175 % BR	225 % BR	250 % BR

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses dentaires sans reste à payer. Pour en savoir plus, **voir en page 15.**

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(4) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies à la Notice d'Information.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties Essentiel, Confort et Optimum vous couvrent, vous et votre famille, le cas échéant, pour vos remboursements complémentaires santé en hospitalisation, dentaire, **optique**, aide auditive, soins courants...

OPTIQUE pour les adultes, un équipement (verres et monture) tous les 2 ans, sauf si évolution de la vue avec un maxi d'un équipement annuel. La période de 2 ans s'apprécie selon la date d'acquisition d'un précédent équipement - pour les enfants de moins de 16 ans, un équipement annuel.

		ESSENTIEL	CONFORT	OPTIMUM
		Remboursements Prestations versées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées		
Équipement 100 % Santé* (classe A)		Sans reste à payer ⁽⁸⁾	Sans reste à payer ⁽⁸⁾	Sans reste à payer ⁽⁸⁾
Équipement autre que 100 % Santé* (classe B)		dans la limite du contrat responsable	dans la limite du contrat responsable	dans la limite du contrat responsable
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	60 % BR + 2,25 % PMSS	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 4 % PMSS
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 7,5 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 7,5 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	100 €	100 €	100 €
	par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	60 % BR + 2,25 % PMSS	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 4 % PMSS
	par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 7,5 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 7,5 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	100 €	100 €	100 €
Lentilles	prescrites remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁷⁾	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽⁷⁾	3,0 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Chirurgie optique réfractive ou implants multifocaux - Par oeil / an / bénéficiaire		500 € / oeil	500 € / oeil	500 €

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

** Y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

(7) Les prestations «remboursées» et «non remboursées» ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis à la Notice d'Information.

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes sans reste à payer. Pour en savoir plus, **voir en page 16**.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties Essentiel, Confort et Optimum vous couvrent, vous et votre famille, le cas échéant, pour vos remboursements complémentaires santé en hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive, soins courants...

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT (par oreille)

ESSENTIEL	CONFORT	OPTIMUM
Remboursements		
Prestations versées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées		
Sans reste à payer ⁽⁹⁾	Sans reste à payer ⁽⁹⁾	Sans reste à payer ⁽⁹⁾
60 % BR + 500 €	60 % BR + 800 €	60 % BR + 35 % PMSS

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses auditives sans reste à payer. Pour en savoir plus, **voir en page 17.**

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.
PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

(9) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis à la Notice d'Information.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties Essentiel, Confort et Optimum vous couvrent, vous et votre famille, le cas échéant, pour vos remboursements complémentaires santé en hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive, **soins courants...**

SOINS COURANTS

		ESSENTIEL	CONFORT	OPTIMUM
		Remboursements Prestations versées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées		
Honoraires médicaux	Consultation / visite / consultation en ligne			
chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	170 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130 % BR	150 % BR	150 % BR
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	225 % BR	320 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	150 % BR	200 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	120 % BR	150 % BR	200 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 5 % PMSS	100 % BR + 5 % PMSS
Frais de transport		100 % BR	100 % BR	400 % BR
Cures thermales en France remboursées par la Sécurité sociale	Forfait global annuel (10)	-	6 % PMSS	16 % PMSS
	Honoraires et traitement thermal	100 % BR	70 % BR	70 % BR
	Hébergement et transport	100 % BR	65 % BR	65 % BR
Médicaments	Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médecine additionnelle - Non remboursée par la Sécurité sociale	Ostéopathie, chiropractie, étioopathie, microkinésie (11)	Néant	20 € / séance, maxi 3 séances / an	25 € / séance, maxi 3 séances / an

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces dispositifs, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(10) Les forfaits annuels ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Tout forfait non utilisé sur une année ne donnera lieu à aucun report sur l'année suivante.

(11) Le remboursement est effectué sur présentation d'une facture acquittée établie par le praticien mentionnant le diplôme de celui-ci.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

Les garanties remboursent aussi la totalité du ticket modérateur (TM)* pour certains actes de prévention.

Vaccinations

- diphtérie, tétanos et poliomyélite ;
- coqueluche et hépatite B : pour les enfants de moins de 14 ans ;
- BCG : pour les enfants de moins de 6 ans ;
- rubéole : adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant) : pour les enfants de moins de 5 ans ;
- contre les infections à pneumocoques : pour les bébés âgés de moins de 18 mois ;
- contre la rougeole, les oreillons et le méningocoque de séro groupe C pour les enfants.

Dépistage

- de l'hépatite B ;
- des troubles de l'audition par audiométrie chez les personnes âgées de plus de 50 ans (tous les 5 ans).

Dentaire

- **détartrage annuel complet sus et sous-gingival**, effectué en 2 séances maximum ;
- **scellement des sillons et fissures**, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

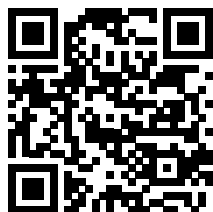
Densitométrie osseuse remboursée par la Sécurité sociale chez les femmes de plus de 50 ans (tous les 6 ans).

TM* : Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE

BON À SAVOIR

Pour vous aider à maîtriser vos dépenses de santé, retrouvez les honoraires des médecins les plus proches de chez vous depuis le site : annuaire.sante.ameli.fr ou via votre mobile avec le **QR Code** suivant :



COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ AU MIEUX ?

Pour être remboursé au mieux, pensez à déclarer votre médecin traitant et à respecter le parcours de soin.

PASSEZ TOUJOURS EN PREMIÈRE INTENTION PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT.

Faute de quoi la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que Mutuelle Malakoff Humanis ne pourra prendre en charge.

Avant d'engager vos dépenses, estimez vos remboursements avec notre Simulateur en ligne accessible depuis votre Espace Client Particulier (cf. page 24). Un moyen simple pour vérifier instantanément si des frais restent à votre charge, ou non.



Excepté pour :

- vos enfants de moins de 16 ans,
- les services d'urgence,
- les consultations de **certaines spécialistes** comme : les ophtalmologues, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues.
- en cas d'**indisponibilité ou d'éloignement** de votre lieu de résidence habituel,
- pour les **accidents de travail** ou les **maladies professionnelles**.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE OBLIGATOIRE



Équipements « 100 % santé » dentaire

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1^{res} prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et Bridge céramo-métallique.
- Dentier en résine.

FOCUS SUR L'OFFRE « 100 % SANTÉ »

Conformément à la réglementation, votre couverture santé (base obligatoire) intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes, de prothèses auditives et dentaires sans reste à payer.

CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE QUI CHANGE POUR LES PROTHÈSES DENTAIRES ?

Lorsque vous vous rendez chez votre chirurgien-dentiste vous pouvez bénéficier de 2 types de soins prothétiques dentaires différents :

- 1 - Des prothèses dentaires remboursées à hauteur de votre contrat avec un éventuel reste à payer.
- 2 - Des prothèses dentaires « 100 % santé » prédéfinies, intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé, ou à « tarifs maîtrisés » (avec des honoraires plafonnés) remboursés à hauteur de votre contrat.

QUELS SONT LES SOINS CONCERNÉS ?

Une sélection de couronnes, inlays core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible), ainsi que des prothèses amovibles en résine.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE OBLIGATOIRE



Équipements « 100 % santé » optique

Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien doit proposer au minimum :

- 17 modèles différents de montures adultes « 100 % santé » en deux coloris différents.
- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.

FOCUS SUR L'OFFRE « 100 % SANTÉ »

CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE QUI CHANGE POUR LES LUNETTES ?

Lorsque vous vous rendez chez votre opticien, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

- 1 - **Des équipements de votre choix** remboursés à hauteur de votre contrat, avec des remboursements sur les montures plafonnés à 100 € ⁽¹⁾.
- 2 - **Un équipement « 100 % santé », monture limitée à 30 euros et verres prédéfinis**, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

Avec la possibilité de les combiner en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

À NOTER :

Vous pouvez renouveler votre équipement (monture + verres), à partir de la date de votre dernier achat :

- tous les 2 ans pour les 16 ans et plus (hors situation médicale particulière),
- tous les ans pour les moins de 16 ans.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE OBLIGATOIRE



Équipements « 100 % santé » audio

- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB.
- 4 ans de garantie.
- 30 jours d'essai avant achat.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie $\geq 6\,000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

FOCUS SUR L'OFFRE « 100 % SANTÉ »

CONCRÈTEMENT, QU'EST-CE QUI CHANGE POUR LES PROTHÈSES AUDITIVES ?

Lorsque vous vous rendez chez votre audioprothésiste, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

- 1 - **Des équipements de votre choix** remboursés à hauteur de votre contrat. Jusque-là rien ne change si ce n'est que les remboursements sur les appareils sont limités à 1 700 € ⁽¹⁾ par oreille.
- 2 - **Un équipement « 100 % santé » prédéfini**, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

À NOTER :

Le renouvellement des prothèses auditives est désormais possible tous les 4 ans, à partir de la date de votre dernier achat.

VOS CHOIX D'OPTIONS

Si vous optez pour la garantie Optimum, vous pouvez renforcer la prise en charge de certains postes de soins par les options Médecine+ et Dentaire+ (seule ou combinées).

La durée d'affiliation est de 1 an au minimum.**

VOS CHOIX POSSIBLES

n° 1	ESSENTIEL
n° 2	CONFORT
n° 3	OPTIMUM
n° 4	OPTIMUM + MÉDECINE+
n° 5	OPTIMUM + DENTAIRE+
n° 6	OPTIMUM + DENTAIRE+ + MÉDECINE+

TAUX DE COTISATION EN % DU PMSS* DES OPTIONS

« Assuré seul »	« Assuré et sa famille »
2,03 %	3,62 %
3,24 %	5,75 %
3,75 %	6,66 %
4,04 %	7,16 %
4,04 %	7,16 %
4,33 %	7,66 %

MONTANT DE LA COTISATION MENSUELLE* 2024 DES OPTIONS

« Assuré seul »	« Assuré et sa famille »
78,44 €	139,88 €
125,19 €	222,18 €
144,90 €	257,34 €
156,11 €	276,66 €
156,11 €	276,66 €
167,31 €	295,98 €

*Les taux de cotisations sont exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).
Le plafond est revu chaque année au 1^{er} janvier. Il s'établit à 3 864 € en 2024.

** Vous pouvez résilier votre option facultative à tout moment si vous y avez souscrit depuis plus d'1 an.

LES GARANTIES DES OPTIONS PROPOSÉES

Pour mieux comprendre et comparer les options proposées :
zoom sur les garanties **médecine**.

SOINS COURANTS

		OPTIMUM	DENTAIRE +	MEDECINE +
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale	En complément de la garantie OPTIMUM	Sous déduction du remboursement Sécurité sociale et de la garantie OPTIMUM
Honoraires médicaux	Consultation / visite / consultation en ligne			
chez un généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170 % BR	-	200 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	-	200 % BR
chez un spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	320 % BR	-	400 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	-	400 % BR
Actes techniques médicaux	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	-	250 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	-	250 % BR
Actes d'imagerie médicale	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200 % BR	-	-
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180 % BR	-	-
Honoraires paramédicaux		100 % BR	-	-
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	-	-
Matériel médical	Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100 % BR + 5 % PMSS	-	-
Frais de transport		400 % BR	-	-
Cures thermales en France remboursées par la Sécurité sociale	Forfait global annuel	16 % PMSS		
	Honoraires et traitement thermal	+ 70 % BR	-	-
	Hébergement et transport	+ 65 % BR	-	-
Médicaments	Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	-	-
	Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	-	-
	Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	-	-
Médecine additionnelle - Non remboursée par la Sécurité sociale	Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, microkinésie	25 € / séance, maxi 5 séances / an	-	-

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces dispositifs, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

LES GARANTIES DES OPTIONS PROPOSÉES

Pour mieux comprendre et comparer les options proposées :
zoom sur les garanties **hospitalisation**.

HOSPITALISATION (1) en établissement conventionné ou non (2)

		OPTIMUM	DENTAIRE +	MEDECINE +
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale	En complément de la garantie OPTIMUM	Sous déduction du remboursement Sécurité sociale et de la garantie OPTIMUM
Frais de séjour	En établissement conventionné	380 % BR	-	-
	En établissement non conventionné	380 % BR	-	-
Honoraires	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conventionné*	380 % BR	-	500 % BR**
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conventionné*	200 % BR	-	500 % BR**
	Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	380 % BR	-	500 % BR** (maxi 90 % des frais réels)
	Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée non conventionné*	200 % BR	-	500 % BR** (maxi 90 % des frais réels)
Forfait journalier hospitalier (2) - Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée	-	-
Chambre particulière (3) - non remboursée par la Sécurité sociale		80 €	-	-

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces dispositifs, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Y compris le TM (Ticket Modérateur).

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

LES GARANTIES DES OPTIONS PROPOSÉES

Pour mieux comprendre et comparer les options proposées :
zoom sur les garanties **dentaire**.

		OPTIMUM	DENTAIRE +	MEDECINE +
		Y compris le remboursement de la Sécurité sociale	En complément de la garantie OPTIMUM	Sous déduction du remboursement Sécurité sociale et de la garantie OPTIMUM
DENTAIRE ⁽⁴⁾				
Soins et prothèses 100 % Santé*	Couronnes, bridges et autres prothèses dentaires.	Sans reste à payer ⁽⁶⁾	-	-
Soins	Soins dentaires	100 % BR	-	-
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	370 % BR	+ 185 % BR	-
	Inlay-core	220 % BR	-	-
	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	370 % BR	-	-
	Inlay-core à tarifs modérés	220 % BR	-	-
	Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	370 % BR	-	-
	Inlay-core à tarifs libres	220 % BR	-	-
	Couronnes non remboursées par la Sécurité sociale	150 % BR	-	-
Implants dentaires		500 € (1 par an)	-	-
Orthodontie ⁽⁵⁾	Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	250 % BR	+ 160 % BRR soit 309,60 € pour le traitement orthodontique semestriel codifié TO90 par la Sécurité sociale	-
	Refusée par la Sécurité sociale - jusqu'à 25 ans (TO90) ⁽⁵⁾	-	+ 160 % BRR soit 309,60 € pour le traitement orthodontique semestriel codifié TO90 par la Sécurité sociale	-

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (01/01/2024 : 3 864 €).

* Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(4) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

(6) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définies à la Notice d'Information.

EXEMPLES

OPTION / PAS OPTION, COMMENT FAIRE LE BON CHOIX ?

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

	Frais réels	BRSS	RSS	Essentiel	Reste à charge	Confort	Reste à charge	Optimum	Reste à charge	Optimum + Dentaire	Reste à charge	Optimum + Médecine	Reste à charge
Chambre particulière	70,00 €	- €		30,00 €	40,00 €	50,00 €	20,00 €	70,00 €	- €				
Ophtalmo Secteur 2 / Hors Optam	55,00 €	26,50 €	18,55 €	28,15 €	8,30 €	33,45 €	3,00 €	33,45 €	3,00 €			55,00 €	- €
Ophtalmo Secteur 2 / Optam	55,00 €	31,50 €	22,05 €	32,95 €	- €	32,95 €	- €	32,95 €	- €			32,95 €	- €
Verres simples adultes (2 verres, sphères -6/+6)	220,00 €	0,10 €	0,06 €	172,82 €	47,12 €	219,94 €	- €	219,94 €	- €				
Verres complexes adultes (2 verres, sphères -4/+4)	500,00 €	0,10 €	0,06 €	462,62 €	37,32 €	499,94 €	- €	499,94 €	- €				
Prothèses dentaires Sécurité sociale	700,00 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	340,00 €	372,00 €	256,00 €	372,00 €	256,00 €	594,00 €	34,00 €		

LES MODALITÉS D’AFFILIATION



POUR VOUS AFFILIER

Vous avez six mois à compter de votre départ en retraite* pour vous affilier à l’une de ces 3 garanties et options, la démarche est simple.

Vous devrez :

- Compléter le « Bulletin individuel d’affiliation » que vous trouverez en page 35 ou qui vous a été remis par votre service RH.
- Joindre les justificatifs nécessaires d’affiliation pour vous et vos ayants droits, le cas échéant.

Et nous adresser l’ensemble de votre dossier :

- par courrier à l’adresse indiquée sur votre Bulletin Individuel d’affiliation :
Malakoff Humanis Adhésions CCFI 78 288 GUYANCOURT CEDEX
- ou par mail à l’adresse :
adhesions-indiv-qualiteadv.group@malakoffhumanis.com
en précisant en objet « Affiliation Retraités Saint Gobain »

* Ou du départ en préretraite, de la rupture du contrat de travail, de la reconnaissance de l’invalidité ou à compter de la date du décès de l’assuré retraité, préretraité ou invalide, pour le conjoint survivant de ce dernier. Dans le cas particulier de la portabilité, le terme du délai de six mois est reporté à la date à laquelle le bénéfice du maintien des garanties prend fin.

VOTRE ESPACE CLIENT PARTICULIER



**Vous vous connectez
à votre Espace Client
pour la première fois ?**

Rendez-vous sur malakoffhumanis.com
rubrique « **Accéder à mon Espace** » et
laissez-vous guider.

DÉCOUVREZ TOUS LES AVANTAGES ET SERVICES DE VOTRE ESPACE CLIENT PERSONNEL ET SÉCURISÉ

**Simplifiez vos démarches
administratives et :**

- **accédez** aux informations liées à votre contrat ;
- **simulez** et suivez vos remboursements ;
- **analysez** vos dépenses ;
- **adressez** vos devis ;
- **modifiez** vos informations personnelles ;
- **visualisez** votre carte de tiers payant depuis votre mobile.

Accédez à tous vos services et avantages pour :

- Géolocaliser et prendre rendez-vous en ligne avec le bon professionnel de santé (médecin habituel, partenaires de nos **réseaux de soins Kalixia** et centres de santé, centres d'ophtalmologie, praticiens en médecine douce, professionnels en soins à domicile...).
- Bénéficier de notre service **d'Assistance santé à domicile**.
- Accéder aux aides personnalisées de notre **accompagnement social**.

CARTE DE TIERS PAYANT



ÉVITEZ L'AVANCE DE FRAIS POUR DE NOMBREUSES PRESTATIONS

Dès votre affiliation, vous recevez votre carte de tiers payant qui est renouvelée automatiquement chaque année. Pensez à la présenter avec votre carte vitale à votre pharmacien, opticien, chirurgien-dentiste, centre hospitalier... grâce à elles vous n'avancerez pas les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre mutuelle.



Si votre professionnel de santé refuse le tiers payant ou pratique un dépassement d'honoraires, vous devrez avancer les frais et **adresser l'original de votre facture** ou de votre reçu :

- en ligne : via votre Espace Client
- par courrier : à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

Vos demandes de remboursements doivent être adressées au plus tard dans les 2 ans à compter de la date des soins.

À NOTER :

Si vous déménagez, votre carte reste valide. N'oubliez pas toutefois de communiquer à votre mutuelle votre nouvelle adresse et votre attestation de droits mise à jour, en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie.

Pensez également à signaler tout changement de coordonnées bancaires ou de situation de famille.

RÉSEAUX DE SOINS

BÉNÉFICIEZ DE RÉSEAUX DE SOINS PARTENAIRES POUR NE JAMAIS RENONCER À VOUS SOIGNER

Les frais en optique, dentaire et audio sont parfois élevés avec, potentiellement, d'importants restes à payer. Avec la réforme du « 100 % santé », vous avez désormais accès à une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement prise en charge.

Pour tous les autres actes dentaires tels que les soins prothétiques, d'orthodontie, d'implantologie et de parodontologie, pensez à passer par l'un des 6 600 chirurgiens-dentistes partenaires de notre réseau Kalixia pour bénéficier d'honoraires négociés.

En optique, si vous aussi, vous passez comme 3 assurés sur 4 par l'un des 6 000 opticiens partenaires de notre réseau Kalixia, vous pourrez bénéficier d'équipements de plus grande qualité et le plus souvent sans reste à payer ⁽¹⁾.

En audio, En passant par l'un des 5 700 centres d'audioprothésistes partenaires du réseau Kalixia, vous bénéficiez d'une économie jusqu'à 200 € sur un double appareillage et du tiers payant intégral pour limiter l'avance de frais.

Trouvez et prenez rendez-vous en ligne⁽³⁾ avec le professionnel de nos réseaux Kalixia optique, dentaire, audio et ostéo le plus proche, depuis votre Espace Client.

(1) Dans la limite des garanties.

(2) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Mutuelle Malakoff Humanis à équipement équivalent pour un double appareillage.

(3) Si le professionnel de santé a activé le service.



SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION



OBTENEZ À TOUT MOMENT UN AVIS MÉDICAL

**Parce que quand on tombe malade, ce n'est jamais le bon moment
votre garantie intègre un service de consultation médicale pour
joindre un médecin généraliste n'importe où et n'importe quand.**

En tant que salarié du Groupe Saint-Gobain, vous bénéficiez
gratuitement de 5 consultations par an et par bénéficiaire.

Où que vous soyez et en toute circonstance, 8h à 20h, 7j/7 ,

contactez le :  N°Cristal 09 86 86 00 67

APPEL NON SURTAXE

Vous appelez pour être redirigé(e) vers le service de
téléconsultation en visio.

ou

connectez-vous sur le site dédié : **medecin.malakoffhumanis.com**

Identifiant à communiquer : 753734

ASSISTANCE SANTÉ

BÉNÉFICIEZ DE NOTRE ASSISTANCE SANTÉ À DOMICILE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs, vous pouvez bénéficier d'une aide temporaire, immédiate et adaptée, pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile : aide ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, soutien scolaire à domicile, prise en charge des ascendants, garde des animaux domestiques, livraison de médicaments...

Contactez nos téléconseillers au :

 **N°Cristal 0 979 99 03 03**

APPEL NON SURTAXE

Identifiant à communiquer lors de votre appel : 753734

Une plateforme téléphonique accessible
de 7h à 20h, 7j/7 (hors jours fériés)

Retrouvez plus en détail vos prestations d'assistance en téléchargeant la brochure.

Je télécharge la brochure



AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS



SOYEZ ÉPAULÉ DANS LES MOMENTS SENSIBLES AVEC DES AIDES ADAPTÉES

Pour vous accompagner dans les moments sensibles, votre garantie intègre deux fonds d'actions sociales :

- un fonds dédié mis en place par Saint-Gobain (FASS*).
- un fonds proposé par la Mutuelle Malakoff Humanis (ASI**).

pour vous apporter des aides adaptées et personnalisées pour vous et votre famille*.**

Ces aides matérielles ou financières sont accordées sous conditions de ressources et sont versées en fonction de la situation de chacun. Elles peuvent être substituables ou complémentaires.

*Fonds d'Action Sociale Santé

**Action Sociale Institutionnelle

***À condition d'être cotisant au contrat Frais de santé au moment de la demande.

AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS



UN FONDS D'AIDES SOCIALES DÉDIÉ MIS EN PLACE PAR SAINT-GOBAIN (FASS*)

NOUVEAUTÉ 2024 : les conditions d'éligibilité ont été assouplies au 1^{er} janvier 2024

Aides** en cas de fragilité sociale santé

Des aides peuvent vous être accordées pour vous aider à faire face à des frais de santé élevés, à un déséquilibre budgétaire temporaire lié à un accident de la vie (deuil, divorce, perte d'emploi), une accumulation de crédits ou des dépenses imprévues.



N'hésitez pas à vous rapprocher des assistantes sociales du travail de Saint-Gobain pour toutes vos demandes.

Aides** en cas de handicap

Vous ou l'un de vos ayants-droit êtes en situation de handicap ? Nous vous accompagnons pour :

- l'amélioration de votre qualité de vie (amélioration de l'habitat, du véhicule ou de l'acquisition de matériel adapté en compléments des dispositifs publics),
- le financement de prestations de services favorisant l'autonomie avec un CESU***,
- les frais de la vie quotidienne de votre enfant handicapé (complément AEEH/AAH****),
- la pratique d'une activité de loisir (culturelle, artistique ou sportive).

*Fonds d'Action Sociale Santé

**Toutes ces aides sont soumises à des conditions d'éligibilité.

***Chèque emploi service universel.

****AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé / AAH : allocation de l'adulte handicapé.

AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS

UN FONDS D'AIDES SOCIALES PROPOSÉ PAR MALAKOFF HUMANIS (ASI*)

La Ligne Mission ECO : un accompagnement individuel pour nous soutenir ma famille et moi, dans les moments difficiles

Quelles que soient les situations de fragilité auxquelles vous faites face (maladie, handicap, fragilités financières, décès ...) nos experts en accompagnement social de la Ligne Mission ECO sont à votre écoute, en toute confidentialité.

Lorsque cela est nécessaire, ils établissent avec vous un bilan global de votre situation afin d'identifier vos besoins prioritaires et les moyens pour y répondre.

Ils peuvent ainsi vous informer sur vos droits et vous orienter vers les solutions adaptées à votre situation : services dédiés Malakoff Humanis, aides individuelles(1), dispositifs publics (CAF, MDPH...) ou organismes partenaires.

Contactez votre expert en accompagnement social

Nos experts vous répondent au **0 805 500 058** Service & appel gratuits

*Action Sociale Institutionnelle

(1) Toutes les aides sont soumises à conditions d'éligibilité



AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS



VOUS OU L'UN DE VOS PROCHES ÊTES EN SITUATION DE HANDICAP, COMMENT TROUVER DU SOUTIEN ?

Vous avez perdu un proche, nos experts sont à vos côtés

Parce que l'on n'est jamais préparé à la perte d'un être cher, nos experts de Ligne Info Décès sont là pour vous soutenir et vous accompagner tout au long de cette épreuve. Ainsi, vous bénéficiez d'une assistance immédiate de nos

experts : ils vous écoutent, vous délivrent des conseils personnalisés et vous informent sur les nombreux services gratuits pour vous soulager et vous aider dans vos démarches à réaliser.

Contactez nos experts au

► N°Cristal 09 79 99 03 75

APPEL NON SURTAXE

À NOTER :

Trouvez des conseils et des réponses concrètes, dans la rubrique Handicap du site essentiel-autonomie.com

Posez vos questions en ligne ou lors d'un rendez vous téléphonique à notre [consultante parentale](#). Vous serez informé sur vos droits et les ressources existantes pour faciliter votre quotidien ou celui de votre enfant en situation de handicap.

AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS

VOUS ÊTES OU AVEZ ÉTÉ TOUCHÉ PAR UN CANCER, DÉCOUVREZ LES SOINS DE SUPPORTS QUI AMÉLIORENT LA QUALITÉ DE VIE

Les soins de supports constituent de précieux alliés dans la lutte contre la maladie. Retrouvez tous les services qui aident à réduire les effets secondaires des traitements et améliorent votre qualité de vie.

Grâce à la ligne [AlloAlex](#), vous trouverez des conseils et des informations pratiques pour concilier maladie et travail, mais aussi un espace d'échanges et de partage d'expériences.

Appelez le

0 800 400 310

Service & appel
gratuits

Le cancer impacte votre quotidien. Poursuivre ou reprendre votre activité professionnelle peut être compliqué. Avec le guide [« Mieux vivre son après-cancer »](#) vous trouverez des conseils pratiques et des témoignages pour vous aider.

Voir tous les services « cancer »

LE DISPOSITIF PRÉVU DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN



Si vous souhaitez bénéficier de cette solution rendez-vous en page 35 pour connaître les modalités d'affiliation.

Conformément à la législation, vous pouvez **maintenir à titre individuel votre couverture actuelle** en optant pour le dispositif prévu dans le cadre de la loi Évin. Néanmoins, en application de la réglementation, cette solution présente plusieurs contraintes significatives :

- Vous seul pouvez bénéficier de ce contrat. Vos éventuels conjoint et enfants en sont exclus.
- Les prestations restent figées à l'identique du contrat collectif dont vous bénéficiez actuellement, sans évolution possible des garanties (notamment pour tenir compte des besoins spécifiques liés à l'âge).
- Votre nouvelle cotisation, intégralement à votre charge, est majorée de 25 % dès la 2^e année et de 50 % à partir de la 3^e année. À compter de la 4^e année, la cotisation peut évoluer sans plafonnement afin de maintenir l'équilibre du régime et en assurer sa pérennité.

À NOTER :

Par exception, au-delà du délai de 6 mois, Vous avez la possibilité de basculer vers le régime d'accueil des retraités lors des deux premières majorations de tarifs.

Pour bénéficier de ce changement de contrat vers le régime mis en place par votre mutuelle, vous devez nous adresser votre demande avant le 31 octobre pour une prise d'effet du contrat au 1^{er} janvier.

GLOSSAIRE



BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

BRR : Base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond est revu chaque année au 1^{er} janvier.

TM : Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

FR : Frais réels : dépenses engagées.

L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

L'OPTAM est proposée aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à modérer leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux.

Pour plus d'information : www.ameli.fr

HORS OPTAM : Hors Option pratique tarifaire maîtrisée.

Peuvent bénéficier du régime d'accueil :

- Les anciens salariés préretraités et retraités à compter du 1^{er} janvier 2012.
- Les anciens salariés invalides bénéficiaires d'une rente d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie reconnue par la Sécurité sociale et radiés des effectifs à compter du 1^{er} janvier 2012,
- Les conjoints, pacsés, concubins survivants garantis du chef de l'assuré décédé en activité qui bénéficiaient du contrat directeur du personnel actif en tant que salariés ou ayants droit.
- Les conjoints, pacsés, concubins survivants garantis du chef de l'assuré décédé en invalidité, en préretraite ou en retraite antérieurement bénéficiaires du présent contrat en tant qu'ayant droit.
- Les anciens assurés retraités antérieurement au 1^{er} janvier 2012, non affiliés à Mutuelle Malakoff Humanis au 31 décembre 2011 et âgés de moins de 70 ans à la date du 1^{er} juillet 2012.
- Les ayants droit des anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiaires d'un revenu de remplacement (pension vieillesse) effectivement couverts par le contrat obligatoire au jour du départ de l'entreprise.
- Les anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiaires d'un revenu de remplacement (allocations chômage, RSA, allocation spécifique de préretraite-licenciement) au terme de leur période de portabilité.
- Les ayants droit des anciens salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiaires d'un revenu de remplacement (allocation chômage, RSA, allocation spécifique de préretraite-licenciement) effectivement couverts par le contrat obligatoire au terme de leur période de portabilité.
- les anciens salariés ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).



GARANTIE FRAIS DE SANTÉ
Mutuelle Malakoff Humanis

Bulletin individuel d'affiliation pour le régime d'accueil des inactifs Saint-Gobain

- ☐ Date de fin d'activité

☐ Demande de changement de structure d'affiliation et/ou de situation - date d'effet

À compléter par l'ex-employeur

[illegible]

À compléter par l'ex-salarié

Je soussigné(e)

[illegible]

Choix du niveau de garantie

Je coche une seule case ci-dessous :

- ☐ N° 1 : Essentiel ☐ N° 3 : Optimum ☐ N° 5 : Optimum ☒ Dentaire+
☐ N° 2 : Confort ☐ N° 4 : Optimum ☐ N° 6 : Optimum ☒ Dentaire+ ☒ Médecine+

Vous vous engagez pour une période minimum de 3 ans sauf en cas de changement de situation de famille.

Structure de cotisation :

☐ Assuré(e) seul(e) ☐ Assuré(e) et sa famille ☐ Famille de l'assuré

Situation de famille : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Vie maritale ☐ Partenaire lié par un PACS

☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e)

Régime de la Sécurité sociale :

☐ Général

☐ Alsace et Moselle

Je m'engage à régler, **MENSUELLEMENT**, ma cotisation globale. Pour ce faire je remplis et signe le mandat de prélèvement ci-joint.

Cadre réservé à l'entreprise

Fait à le
Signature et qualité du signataire
Cachet de l'entreprise

Cadre réservé à l'assuré(e)

Fait à _____ le _____
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection et au traitement de vos données à caractère personnel à des fins commerciales, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par e-mail à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte, 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet. Les informations collectées sont toutes nécessaires pour Mutuelle Malakoff Humanis, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable de traitement, pour l'établissement et la gestion de votre dossier.



MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - N° SIREN 784 718 256

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis - malakoffhumanis.com

Garantie Frais de santé

Inscrivez vos ayants droit

Nom - Prénom		Lien de parenté	N° de Sécurité sociale	Date de naissance
Nom				
Prénom				
Nom				
Prénom				
Nom				
Prénom				
Nom				
Prénom				
Nom				
Prénom				
Nom				
Prénom				

Le règlement des prestations frais de santé s’effectue sur le même compte bancaire ou postal que le mandat de prélèvement.

L’ouvrant droit	Pièces à joindre
Vous-même	■ La photocopie de l’attestation VITALE *
Les ayants droit	Pièces à joindre
Votre conjoint, votre concubin ou la personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité qui figure sur votre attestation VITALE *	■ Aucune
Votre conjoint ne figurant pas sur votre attestation VITALE *	■ La photocopie de l’attestation VITALE * justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale
Votre concubin ne figurant pas sur votre attestation VITALE *	■ La photocopie de son attestation VITALE * justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale ■ L’attestation de vie maritale ou déclaration de vie commune signée conjointement par le couple
La personne avec qui vous avez conclu un pacte civil de solidarité célibataire, divorcé(e), veuf(ve) ne figurant pas sur votre attestation VITALE *	■ La photocopie de son attestation VITALE * justifiant son immatriculation personnelle à la Sécurité sociale ■ La photocopie du Pacs
Les enfants de moins de 21 ans mentionnés sur l’attestation VITALE * des parents	■ Aucune
Les enfants de 21 ans à 28 ans à charge	■ La photocopie de l’attestation VITALE * justifiant son immatriculation à la Sécurité sociale ■ La photocopie du contrat d’apprentissage ou de professionnalisation mentionnant le montant des revenus inférieur à 65 % du SMIC
L’enfant bénéficiant d’une allocation en faveur des handicapés ou l’enfant titulaire d’une carte d’invalidité	■ Justificatif attestant que l’invalidité ait été reconnue avant 21 ans ou 28 ans si poursuite d’études.

* Attestation de droits de l’Assurance Maladie à jour.

Le bulletin individuel d’affiliation et l’autorisation de prélèvement sont à adresser à :
Malakoff Humanis Adhésions CCFI - 78288 GUYANCOURT CEDEX

Fait à....., le

Signature de l’assuré(e)
précédée de la mention « lu et approuvé »



CONTACTS

**POUR TOUTES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES,**
n'hésitez pas à vous rapprocher de nos conseillers.

Par téléphone en appelant le :

01 58 82 62 06

du lundi au jeudi de 9 h à 19 h
le vendredi de 9 h à 18 h
et le samedi de 9 h à 16 h

Pensez à préciser que
vous êtes salarié Saint-Gobain



MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 784 718 256
Une mutuelle du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte - 75009 Paris.