

GUIDE PRATIQUE DU RÉGIME D'ACCUEIL DES RETRAITES

—
2020

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. Ces changements majeurs doivent donc inciter les retraités à choisir avec soin leur assurance santé.

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 Saint-Gobain adaptée à la situation des seniors.

Par 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 est assuré par un comité de pilotage constitué de représentants de la direction, des salariés et des retraités. Par ailleurs, ses résultats positifs permettent d'améliorer régulièrement les remboursements.

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

Jean-Paul Straetmans

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 Saint-Gobain 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.

*Voir détail dans le glossaire en page 33.

LE DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR LA MUTUELLE SAINT-GOBAIN

Le Groupe Saint-Gobain avec la Mutuelle Malakoff Humanis Saint-Gobain 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
ASSISTANCE SANTÉ	27
AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS	28
LE DISPOSITIF PRÉVU DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN.	32
GLOSSAIRE.	33
CONTACTS	34
BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION	35

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 33.

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.

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 (l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi).

VOS ASCENDANTS

- à charge fiscalement.

VOS ENFANTS

Ou ceux de votre conjoint à charge fiscalement :

- de moins de 21 ans ;
- de moins de 28 ans, s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures ou en contrat d'apprentissage ou de professionnalisation à condition que leurs ressources annuelles soient inférieures à 65 % du Smic ;
- de moins de 28 ans à la recherche d'un premier emploi ;
- quel que soit leur âge, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé.

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 ⁽²⁾	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 ⁽³⁾ 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 ⁽⁴⁾ - 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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) En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.

(3) 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.

(4) 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		
Soins et prothèses 100 % Santé*	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à payer ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾
Soins	Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	250 % BR	310 % BR	370 % BR
	Inlay-core	145 % BR	195 % BR	220 % BR
	Prothèses dentaires à tarifs modérés remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	250 % BR	310 % 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	250 % BR	310 % 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		300 € (1 par an)	400 € (1 par an)	500 € (1 par an)
Orthodontie ⁽²⁾	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 lunettes 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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.

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

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

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 ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾
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 + 3 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans**	60 % BR + 2 % PMSS	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 4 % PMSS
	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 + 3 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par verre très complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 6 % PMSS	60 % BR + 9 % PMSS
	par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans**	60 % BR + 2 % PMSS	60 % BR + 3 % PMSS	60 % BR + 4 % PMSS
Lentilles	prescrites remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾	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 ⁽²⁾	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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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.

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

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

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 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		
Jusqu'au 31/12/2020 :	Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire	60 % BR + 500 €	60 % BR + 800 €	60 % BR + 35 % PMSS
À compter du 01/01/2021 :	Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % Santé** (classe I*)		Sans reste à payer ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾	Sans reste à payer ⁽¹⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe II*)	Limité à 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale	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 lunettes 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

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

(1) 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 remboursée par la Sécurité sociale	Forfait global annuel	-	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, étio-pathie, microkinésie	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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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.

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 13**.

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.

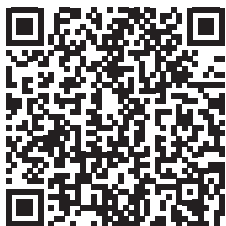
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

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

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 : www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/maitrise-depassements/maitrise-depassements 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



Équipements « 100 % santé » dentaire

Au 1^{er} janvier 2020 :

- 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.

Au 1^{er} janvier 2021 :

- Dentier en résine.

FOCUS SUR L'OFFRE « 100 % SANTÉ »

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

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous irez chez votre chirurgien-dentiste vous pourrez 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. Jusque-là rien ne change.
- 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 ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, 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).

ET APRÈS ?

À compter du 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viendront compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE



Équipements « 100 % santé » optique

Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura 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 »

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 LUNETTES ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, 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. Jusque-là rien ne change, si ce n'est que les remboursements sur les montures sont désormais 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 désormais 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.

(1) Un nouveau plafond imposé par la réglementation.

PRÉSENTATION DE VOTRE GARANTIE



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 ?

En 2020, rien ne change.

Conformément à la réglementation, le « 100 % santé » audio se mettra en place le 1^{er} janvier 2021. À compter de cette date, lorsque vous vous rendrez chez votre audioprothésiste, vous pourrez 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 seront désormais 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 sera désormais possible tous les 4 ans, à partir de la date de votre dernier achat.

(1) Un nouveau plafond imposé par la réglementation.

VOS CHOIX D'OPTIONS

Si vous optez pour la garantie Optimum, vous pouvez renforcer la prise en charge de certains postes de soins en choisissant l'une des 2 options ci-dessous Médecine+ ou Dentaire+.

Pour les options, la durée d'affiliation est de 3 ans 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 »
2,26 %	4,02 %
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* 2020 DES OPTIONS

« Assuré seul »	« Assuré et sa famille »
77,47 €	137,81 €
111,07 €	191,11 €
128,55 €	228,30 €
138,49 €	245,44 €
138,49 €	245,44 €
148,43 €	262,58 €

*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 3 428 € en 2020.

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 remboursée 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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).

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 ⁽²⁾	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 ⁽³⁾ - Non remboursé par la Sécurité sociale		100 % DE sans limitation de durée	-	-
Chambre particulière ⁽⁴⁾ - 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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) En établissement non conventionné, la prise charge est limitée au ticket modérateur.

(3) 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.

(4) 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**.

DENTAIRE ⁽⁵⁾

		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
Soins et prothèses 100 % Santé*	À compter du 01/01/20 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à payer ⁽¹⁾	-	-
Soins	Soins dentaires	100 % BR	-	-
Prothèses autres que 100 % Santé	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale hors inlay-core	370 % BR	+ 180 % 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 ⁽²⁾	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 T090 par la Sécurité sociale	-
	Refusé par la Sécurité sociale - jusqu'à 25 ans sur avis du dentiste conseil (T090) ⁽²⁾	-	+ 160 % BRR soit 309,60 € pour le traitement orthodontique semestriel codifié T090 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 (à titre indicatif au 01/01/2020 : 3 428 €).

* 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.

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

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

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 €	80,00 €	- €				
Ophtalmo Secteur 2 / Hors Optam	55,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	14,60 €	29,90 €	10,00 €	29,90 €	10,00 €			39,90 €	- €
Ophtalmo Secteur 2 / Optam	55,00 €	30,00 €	20,00 €	35,00 €	- €	35,00 €	- €	35,00 €	- €			35,00 €	- €
Monture adulte	130,00 €	0,05 €	0,03 €	68,56 €	61,41 €	102,84 €	27,13 €	129,97 €	- €				
Verres simples adultes (2 verres, sphères -6/+6)	190,00 €	0,10 €	0,06 €	154,26 €	35,68 €	189,94 €	- €	189,94 €	- €				
Verres complexes adultes (2 verres, sphères -4/+4)	430,00 €	0,10 €	0,06 €	205,68 €	224,26 €	411,36 €	18,58 €	429,94 €	- €				
Prothèses dentaires Sécurité sociale	470,00 €	107,50 €	75,25 €	193,50 €	201,25 €	258,00 €	136,75 €	322,50 €	72,25 €	394,75 €	- €		

BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. RSS = Remboursement de la Sécurité sociale.

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 à l'adresse indiquée sur votre Bulletin individuel d'affiliation :

Malakoff Humanis Adhésions CCFI - 78288 GUYANCOURT CEDEX

* 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

Il vous suffit de cliquer sur le lien « s'inscrire » et d'entrer l'identifiant/n° adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera adressé par e-mail.

Ou téléchargez gratuitement l'appli Espace Client Malakoff Humanis

disponible sur iPhone, iPad, mobiles et tablettes Android depuis l'App Store ou Google Play.

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 ;
- **adrezsez** vos devis ;
- **modifiez** vos informations personnelles ;
- **téléchargez** votre attestation de droits ;
- **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**.
- Profiter de tous nos bons plans pour votre bien-être et vos loisirs avec les offres du Cercle...

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 et dentaire 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 et de prothèses dentaires intégralement prises 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 3 600 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 6 500 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, 2 centres d'audioprothésistes sur 3 sont partenaires de notre réseau Kalixia, n'hésitez pas à les consulter. Vous aurez la garantie d'économiser en moyenne 600 € sur un double appareillage ⁽²⁾.

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.



ASSISTANCE SANTÉ



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

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, 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...

Pour en savoir plus sur cette assistance gratuite et intégrée dans votre garantie santé, connectez-vous à votre Espace Client ou appelez le :

▶ **N°Cristal** 0 979 99 03 09

APPEL NON SURTAXE

Identifiant à communiquer lors de votre appel : 755799

Une plateforme téléphonique accessible du lundi au samedi de 8 h à 20 h (hors jours fériés).

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 (FASS*)

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 contacter votre numéro dédié :

3996

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 18 h

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).
- **La scolarité de votre enfant handicapé.**
- **Le financement de prestations de services** favorisant l'autonomie avec un CESU***.
- **La pratique d'une activité de loisir** (culturelle, artistique ou sportive).

*Fonds d'Action Sociale Santé

**Toutes ces aides sont soumises à conditions.

***Chèque emploi service universel.

AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS



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

Aides** à la famille

- **En cas de naissance ou d'adoption** : possibilité d'un CESU* « maternité » pour régler un prestataire de services.
- **Pour les foyers mono parentaux** : possibilité de CESU* « garde d'enfants » pour équilibrer vie pro et vie perso.
- **En cas d'apprentissage de la conduite** : participation au financement pour vous ou votre enfant en contrat d'apprentissage ou en alternance.
- **Face au décès d'un proche**, nos équipes vous accompagnent avec notamment la Ligne Info Décès**** :

▶ **N°Cristal** 09 79 99 03 75

APPEL NON SURTAXE

Aides** en cas de maladie grave

- **Vous venez de vous battre contre un cancer ?** Des aides financières peuvent vous être proposées pour accéder à des programmes de bien-être tels que de l'activité physique, des consultations de diététique, du soutien psychologique...



N'hésitez pas à contacter votre numéro dédié :

3996

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 18 h

*Action Sociale Institutionnelle

**Toutes ces aides sont soumises à conditions.

***Chèque emploi service universel.

**** La Ligne Info Décès est accessible de 9 h à 18 h du lundi au vendredi et le samedi de 9 h à 12 h.

AIDES EN CAS DE DIFFICULTÉS



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

Aides** aux aidants familiaux

Vous accompagnez un proche malade, en situation de handicap ou dépendant ?

■ **Des solutions matérielles et financières** personnalisées et adaptées vous sont proposées pour vous soulager : prestations à domicile, solutions de répit, frais d'hospitalisation pour vous-même ou vos proches (conjoint, enfant), frais de séjours de vacances (dans le cadre du handicap)... et vous aider dans vos démarches avec la Ligne Info Aidant*** :



01 56 76 81 91 (appel non surtaxé)

■ **Des conseils et des solutions concrètes** vous sont proposés sur notre site dédié : essentiel-autonomie.com



N'hésitez pas à contacter votre numéro dédié :

3996

Service gratuit
+ prix appel

du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 18 h

*Action Sociale Institutionnelle

**Toutes ces aides sont soumises à conditions.

*** La Ligne Info Aidant est accessible du lundi au samedi de 8 h à 20 h.

LE DISPOSITIF PRÉVU DANS LE CADRE DE LA LOI ÉVIN

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.



Si vous souhaitez bénéficier de cette solution rendez-vous en page 34 pour connaître les modalités d'affiliation.

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. Il s'établit à 3 428 € en 2020.

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)

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. 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 des retraités :

- 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.



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

**En prenant rendez-vous à
l'heure de votre choix dans
une de nos boutiques* :**

01 58 82 62 06

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

* Liste des villes pour trouver la boutique la plus proche :

Angers - Bordeaux - Le Mans - Nantes - Orléans - Rennes - Dunkerque - Lille - Metz - Montbéliard - Strasbourg - Valenciennes -
Grenoble - Lyon - Marseille - Nice - Saint-Etienne - Toulouse - Boulogne-Billancourt - Evry centre Essonne - Paris Nation -
Paris Saint-Lazare - Saint-Quentin-en-Yvelines.



MUTUELLE MALAKOFF HUMANIS SAINT-GOBAIN - 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.