

# Mon contrat santé,

ce qu'il faut retenir



**En tant que salarié du Groupe ArcelorMittal, vous bénéficiez d'une complémentaire santé Malakoff Humanis souscrite à titre collectif par votre employeur.**

**Cette complémentaire santé obligatoire, complétée par une surcomplémentaire facultative, vous propose des garanties optique, dentaire, hospitalisation... aux meilleurs standards du marché et vous donnent accès à de nombreux services pour simplifier vos démarches et prendre soin de vous.**

**Un vrai plus pour bien se soigner !**

# Quels sont les avantages de votre complémentaire santé ?

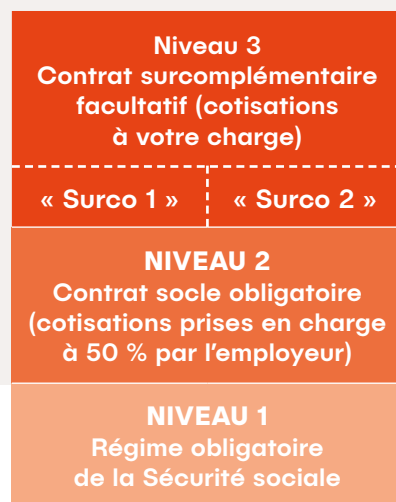
Grâce à ce contrat, vous êtes couvert tout au long de votre **activité professionnelle\*** au sein du groupe **ArcelorMittal** pour vos remboursements complémentaires, et surcomplémentaires santé (en option).

## AMÉLIORÉE

Vos garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale.

Elles s'articulent autour :

- d'un « **contrat socle obligatoire** » ;
- et d'une **surcomplémentaire facultative** avec **2 options « Surco 1 »** et « **Surco 2** ».



\* Y compris lors du maintien des garanties.

## ÉQUITABLE

- Sa garantie « **Famille** » permet de couvrir l'ensemble de votre foyer (voir détail page suivante).
- Son **taux de cotisation unique** assure une grande solidarité entre salariés.

## SIMPLE

Vous bénéficiez automatiquement du **tiers payant** pour limiter l'avance de frais auprès de certains professionnels de santé.

- Les **remboursements** complémentaires et surcomplémentaires se font **en une seule fois**.
- Les **cotisations** (« contrat socle » et « surcomplémentaire », si souscrite) sont **prélevées directement sur votre bulletin de salaire**.

# Qui peut bénéficier de votre couverture santé \* ?

## VOUS

### 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 ou ceux de votre conjoint.

## VOS ENFANTS

Célibataires ou ceux de votre conjoint à charge fiscalement :

- de moins de 18 ans ;
- de moins de 28 ans, s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures, ou en contrat d'apprentissage à condition que leurs ressources soient inférieures au 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.

## L'affiliation de vos bénéficiaires peut être demandée :

- au moment de votre affiliation
- à tout moment, en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance, divorce...) ou professionnelle

### À NOTER



Si vous avez des enfants de plus de 18 ans, pensez à nous 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. Cette démarche peut s'effectuer en ligne via votre Espace Client, ou par courrier à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

\* Reportez-vous à la Notice d'information afin de connaître les modalités à remplir pour être bénéficiaires du contrat.

# Comment vous affilier à votre « contrat Socle obligatoire » ?

Pour vous affilier à votre « contrat Socle obligatoire », rien de plus simple.

Il vous suffit de transmettre à votre employeur :

- Le **bulletin d'affiliation** communiqué au moment de votre embauche **dûment complété** et **signé** et de joindre **pour vous** et **l'ensemble des bénéficiaires** que vous souhaitez affilier :
  - les **justificatifs nécessaires** mentionnés au dos de votre bulletin d'affiliation ;
  - la photocopie de votre « **attestation de droits à l'Assurance Maladie** » téléchargeable depuis le site [ameli.fr](http://ameli.fr) ou à demander auprès de votre centre de Sécurité sociale.



## À NOTER

Votre affiliation déclenche automatiquement la mise en place de la télétransmission NOEMIE avec votre Centre de Sécurité sociale. Un dispositif qui vous permet d'être remboursé automatiquement sans démarche de votre part.

Dans l'éventualité où la mention « *transmis à votre organisme complémentaire* » ne figurerait pas sur vos décomptes Sécurité sociale, contactez-nous au :

**0 800 800 639** Service & appel gratuits

# Comment vous affilier à votre surcomplémentaire santé facultative ?

## Vous souhaitez améliorer votre « contrat Socle obligatoire » ?

Vous pouvez opter pour l'une des deux options de la « surcomplémentaire santé facultative » que votre employeur vous propose : « **Surco 1** » ou « **Surco 2** ».

### Il vous suffit de le cocher :

- Sur votre bulletin d'affiliation au moment de votre embauche.
- Ou à l'aide d'un nouveau bulletin :
  - dans les 3 mois qui suivent votre embauche ou un changement de situation de famille ;
  - tous les ans avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.

**Cette surcomplémentaire couvrira automatiquement les bénéficiaires de votre « contrat Socle obligatoire ».**

## Vous êtes déjà affilié à la surcomplémentaire santé facultative ?

### Vous pouvez modifier votre choix d'option :

- Tous les ans avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier suivant.
- Au plus tard dans le mois qui suit un changement de situation de famille pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant.

**Pour être accompagné dans vos démarches, contactez votre service Ressources Humaines.**



### À NOTER

En cas de renonciation ou de changement pour l'option inférieure, il vous faudra attendre un délai minimum de 3 ans pour réaliser une nouvelle demande d'affiliation ou revenir vers l'option supérieure. Excepté en cas de changement de situation de famille (voir conditions dans votre notice d'information).

# Vos garanties

Les remboursements interviennent en complément du remboursement de la Sécurité sociale française dès lors qu'elle intervient.

Dans tous les cas, les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et de :

	Régime Socle obligatoire	Option Surco 1 (y compris le Socle)	Option Surco 2 (y compris le Socle)
<b>HOSPITALISATION (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Psychiatrie)</b>			
<b>Frais séjour</b> En établissement conventionné En établissement non conventionné	100 % FR limité à 400 % BR 4 % PMSS/jour limité à 50 % PMSS/an	100 % FR limité à 500 % BR 4 % PMSS/jour limité à 50 % PMSS/an	100 % FR limité à 600 % BR 4 % PMSS/jour limité à 50 % PMSS/an
<b>Honoraires</b> (chirurgien, anesthésiste, aide opératoire, assistant) <b>Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*</b> <b>Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*</b>	TM + 200 % BR TM + 100 % BR	400 % BR 400 % BR	600 % BR 600 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier (1)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
<b>Chambre particulière (y compris Maternité) (2)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale Par nuitée Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	4 % PMSS/jour 40 €/jour	4,5 % PMSS/jour 60 €/jour	5 % PMSS/jour 60 €/jour
<b>Frais d'accompagnant (2)</b> Non remboursé par la Sécurité sociale Bénéficiaire de moins de 14 ans - par nuitée	1 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
<b>Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)</b>	100 % FR	100 % FR	100 % FR
<b>Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)</b> Non remboursée par la Sécurité sociale Par enfant ou doublé en cas de naissance gémellaire	néant	6 % PMSS	12 % PMSS

\* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

(1) 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.

(2) 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

# Vos garanties

	Régime Socle obligatoire	Option Surco 1 (y compris le Socle)	Option Surco 2 (y compris le Socle)
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100 % Santé**</b> 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 (4)	sans reste à payer (4)	sans reste à payer (4)
<b>Soins</b> Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie Inlay/onlay Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	130 % BR 130 % BR 80 % BR néant	150 % BR 150 % BR 130 % BR néant	200 % BR 200 % BR 400 % BR 8 % PMSS/an
<b>Prothèses autres que 100 % santé</b> Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale autres que 100 % Santé (sur la base d'une prothèse de type couronne) Inlay-core remboursée par la Sécurité sociale Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	300 % BR 300 % BR néant	350 % BR 350 % BR 300 €/dent	430 % BR 430 % BR 400 €/dent
<b>Implantologie</b> Fausse racine et pilier implantaire non remboursés par la Sécurité Sociale - par implant et par bénéficiaire / Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant et par bénéficiaire	15 % PMSS/ Implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)	20 % PMSS/ Implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)	25 % PMSS/ Implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)
<b>Orthodontie (3)</b> Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire sur la base d'un TO 90 Non remboursée par la Sécurité sociale sur la base d'un TO 90- par semestre de traitement et par bénéficiaire (jusqu'à maxi 25 ans)	300 % BR  290,25 €/semestre	350 % BR  450 €/semestre	400 % BR  774 €/semestre

\*\* 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.

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

(4) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation



# Vos garanties

	Régime Socle obligatoire	Option Surco 1 (y compris le Socle)	Option Surco 2 (y compris le Socle)
<b>OPTIQUE – Renouvellement par équipement (1 monture + 2 verres): tous les 2 ans, sauf pour les bénéficiaires âgés de moins de 16 ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue</b>			
<b>Équipement 100 % Santé** (classe A)</b> Y compris l'examen de la vue par l'opticien	sans reste à payer (5)	sans reste à payer (5)	sans reste à payer (5)
<b>Équipement autre que 100 % Santé (classe B)</b> <b>Dans le réseau KALIXIA (6)</b> <b>tarifs négociés et reste à charge minoré</b>			
par verre simple*****	100 % FR (limite contrat responsable)	100 % FR	100 % FR
par verre complexe – très complexe*****	100 % FR (limite contrat responsable)	100 % FR	100 % FR
par monture de lunettes*****	100 €	140 €	160 €
<b>Hors réseau KALIXIA (6)</b>			
par verre simple*****	65 €	90 €	100 €
par verre complexe – très complexe*****	145 €	180 €	260 €
par monture de lunettes*****	100 €	120 €	140 €
<b>Lentilles (par an / bénéficiaire)</b> Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.			
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale	2 % PMSS/lentille	3 % PMSS/lentille	5,5 % PMSS/lentille
Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	4 % PMSS	5 % PMSS	11 % PMSS
Chirurgie optique réfractive	500 € /œil/an	700 € /œil/an	800 € /œil/an

\*\* Tels que définis règlementairement : 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 règlementairement 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 du régime obligatoire.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente

(6) Les prestations "dans le Réseau" et "Hors Réseau" ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée a minima au ticket modérateur.

# Vos garanties

	Régime Socle obligatoire	Option Surco 1 (y compris le Socle)	Option Surco 2 (y compris le Socle)
<b>SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non</b>			
<b>Consultation / visite / consultation en ligne</b>			
Chez un généraliste			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	60 % BR	100 % BR	300 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	40 % BR	80 % BR	300 % BR
Chez un spécialiste			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	450 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	170 % BR	450 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b>			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	350 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	170 % BR	350 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>			
Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150 % BR	170 % BR	300 % BR
Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	TM + 100 % BR	170 % BR	300 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes	40 % BR	170 % BR	300 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	70 % BR	170 % BR	300 % BR
<b>Matériel médical</b>			
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	150 % BR	200 % BR	350 % BR
<b>Frais de transport sanitaire</b>			
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (7)	100 % TM	100 % TM	100 % TM
<b>Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale</b>			
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfaits transport et hébergement thermal - forfait global	5 % PMSS/an	15 % PMSS/an	25 % PMSS/an
<b>Médicaments remboursés</b>			
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	100 % TM 15 €/an/bénéficiaire	100 % TM 20 €/an/bénéficiaire	100 % TM 25 €/an/bénéficiaire
<b>Médecine additionnelle et de prévention</b>			
Densitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité sociale Chiropracteur, étiopathe, microkinésithérapeute, ostéopathe (dans la limite de 3 séance/an/bénéficiaire)	50 €/acte 40 €/séance	50 €/acte 50 €/séance	50 €/acte 60 €/séance

(7) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

# Vos garanties

	Régime Socle obligatoire	Option Surco 1 (y compris le Socle)	Option Surco 2 (y compris le Socle)
<b>AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT - par oreille renouvellement par appareil tous les 4 ans</b>			
<b>Jusqu'au 31/12/2020 :</b> Aide auditive - par an et par bénéficiaire	25 % PMSS /an /bénéficiaire/oreille	30 % PMSS /an/ bénéficiaire/oreille	35 % PMSS /an /bénéficiaire/oreille
<b>À compter du 01/01/2021 :</b> Équipement 100 % Santé** (classe I*** )  Équipement autre que 100 % Santé (classe II*** )  Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité****	sans reste à payer (5)  Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) - RO + RC  25 % PMSS /an/ bénéficiaire/oreille	sans reste à payer (5)    30 % PMSS /an/ bénéficiaire/oreille	sans reste à payer (5)    35% PMSS/an/ bénéficiaire/oreille
<b>ALLOCATION D'OBSÈQUES</b>			
En cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, d'un enfant à charge (Pour les enfants de moins de 12 ans, l'allocation est limitée aux frais réels)	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS
<b>PRÉVENTION</b>			
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr)	100 % TM	100 % TM	100 % TM

\*\* 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.

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

\*\*\*\* La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(5) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente

## Le saviez-vous ?

**Avant d'engager vos soins, simulez vos remboursements avec notre simulateur en ligne accessible depuis votre Espace Client.**

**Un bon moyen d'estimer si des frais restent à votre charge, non ?**

# Malakoff Humanis vous accompagne dans la compréhension de vos garanties

**BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

**BRR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée.

**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.

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond est revu chaque année au 1er janvier. Il s'établit à 3 428 € en 2020.

**RO** : Régime obligatoire ( Sécurité sociale)

**RC** : Régime complémentaire

## L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**HORS OPTAM** : Hors Option pratique tarifaire maîtrisée.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Les exemples ci-dessous sont donnés à titre indicatif pour un bénéficiaire adulte respectant le parcours de soins coordonné et selon la réglementation en vigueur au 1er janvier 2020.

Ces exemples incluent les remboursements de la Sécurité sociale et se cumulent avec ceux éventuellement versés par ailleurs (autres complémentaires santé) sans que la somme totale puisse être supérieure à la dépense réellement engagée.

**Mme. S doit subir une intervention chirurgicale de la colonne vertébrale et est hospitalisée en établissement conventionné (hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus\*.)**

DÉTAIL DES FRAIS ENGAGÉS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursements (en régime général)			Remboursements (en régime Alsace-Moselle)		
			SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2	SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2
Forfait journalier à 20€/jour	60 €	non prise en charge	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Chambre particulière à 90€/ jour	270 €	non prise en charge	270 €	270 €	270 €	270 €	270 €	270 €
Honoraires chirurgiens (hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*)	431 €	271,70 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €	431 €
<b>TOTAL</b>	<b>761 €</b>		<b>761 €</b>	<b>761 €</b>	<b>761 €</b>	<b>761 €</b>	<b>761 €</b>	<b>761 €</b>
		<b>Il reste à charge</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>

### M. E a un problème d'audition. Il consulte un ORL hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus \*

DÉTAIL DES FRAIS ENGAGÉS	Dépenses	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursements (en régime général)			Remboursements (en régime Alsace-Moselle)		
			SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2	SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2
Consultation ORL (secteur 2)	70 €	23 €	46 €	55 €	70 €	46 €	60 €	70 €
Achat d'un appareil auditif accepté par la Sécurité sociale (pour une oreille)	1 400 €	350 €	1 067 €	1 238 €	1 400 €	1 172 €	1 343 €	1 400 €
<b>TOTAL</b>	<b>1 470 €</b>		<b>1 113 €</b>	<b>1 294 €</b>	<b>1 470 €</b>	<b>1 218 €</b>	<b>1 403 €</b>	<b>1 470 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>357 €</b>	<b>176 €</b>	<b>0 €</b>	<b>252 €</b>	<b>67 €</b>	<b>0 €</b>

### M. D se rend chez son dentiste pour se faire poser des prothèses dentaires et un implant

DÉTAIL DES FRAIS ENGAGÉS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursements (en régime général)			Remboursements (en régime Alsace-Moselle)		
			SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2	SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières molaires - Soins et prothèses 100% Santé *	500 €	120 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires à tarifs modérés	539 €	120 €	444 €	504 €	539 €	468 €	528 €	539 €
Couronne céramo-métallique sur molaires à tarifs libres	600 €	107,5 €	398 €	452 €	538 €	414 €	473 €	559 €
Implant dentaire	1 000 €	non prise en charge	514 €	686 €	857 €	514 €	686 €	857 €
<b>TOTAL</b>	<b>2 639 €</b>		<b>1 856 €</b>	<b>2 141 €</b>	<b>2 433 €</b>	<b>1 896 €</b>	<b>2 187 €</b>	<b>2 455 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>783 €</b>	<b>498 €</b>	<b>206 €</b>	<b>743 €</b>	<b>452 €</b>	<b>184 €</b>

## Mme. B se rend chez un opticien pour changer de lunettes

DÉTAIL DES FRAIS ENGAGÉS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursements (en régime général)			Remboursements (en régime Alsace-Moselle)		
			SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2	SOCLE	SOCLE + SURCO 1	SOCLE + SURCO 2
<b>Equipement 100% santé (Classe A)</b>								
Une monture adulte	30 €	9 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
2 verres simples pour les ≥ 16 ans	95 €	28,50 €	95 €	95 €	95 €	95 €	95 €	95 €
<b>TOTAL</b>	<b>125 €</b>		<b>125 €</b>	<b>125 €</b>	<b>125 €</b>	<b>125 €</b>	<b>125 €</b>	<b>125 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
Une monture adulte	30 €	9 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
2 verres complexes pour les ≥ 16 ans	260 €	78 €	260 €	260 €	260 €	260 €	260 €	260 €
<b>TOTAL</b>	<b>290 €</b>		<b>290 €</b>	<b>290 €</b>	<b>290 €</b>	<b>290 €</b>	<b>290 €</b>	<b>290 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
<b>Equipement autre que 100% santé (Classe B) :</b>								
Une monture adulte dans le réseau KALIXIA	141 €	0,05 €	100,03 €	140,03 €	141,00 €	100,05 €	140,05 €	141,00 €
2 verres complexes pour les ≥ 16 ans dans le réseau KALIXIA	444 €	0,10 €	444 €	444 €	444 €	444 €	444 €	444 €
<b>TOTAL</b>	<b>585 €</b>		<b>544 €</b>	<b>584 €</b>	<b>585 €</b>	<b>544 €</b>	<b>584 €</b>	<b>585 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>40,97 €</b>	<b>0,97 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>40,96 €</b>	<b>0,96 €</b>	<b>0,00 €</b>
Une monture adulte hors du réseau KALIXIA	160 €	0,05 €	100,03 €	120,03 €	140,03 €	100,05 €	120,05 €	140,05 €
2 verres complexes pour les ≥ 16 ans hors du réseau KALIXIA	498 €	0,10 €	290 €	360 €	498 €	290 €	360 €	498 €
<b>TOTAL</b>	<b>658 €</b>		<b>390 €</b>	<b>480 €</b>	<b>638 €</b>	<b>390 €</b>	<b>480 €</b>	<b>638 €</b>
<b>Il reste à charge</b>			<b>268 €</b>	<b>178 €</b>	<b>20 €</b>	<b>268 €</b>	<b>178 €</b>	<b>20 €</b>

(\*) Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus incluent le contrat d'accès aux soins (CAS), l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Le site [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un de ces dispositifs.

# Focus sur l'offre « 100 % Santé » optique



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.

## Concrètement, qu'est-ce qui change pour les lunettes ?

Depuis le 1<sup>er</sup> 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 €, un nouveau plafond imposé par la réglementation.

**2 - Un équipement « 100 % santé », monture limitée à 30 € 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.

### 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 » dentaire



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.

## Qu'est-ce qui change pour les prothèses dentaires ?

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, lorsque vous vous rendez 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. Jusqu'à 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viendront compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».

## Équipements « 100 % santé » dentaire

### Au 1<sup>er</sup> janvier 2020 :

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramométallique et céramique (incisives, canines et 1<sup>es</sup> prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.

### Au 1<sup>er</sup> janvier 2021 :

- Dentier en résine.

# Comment éviter l'avance de frais ?

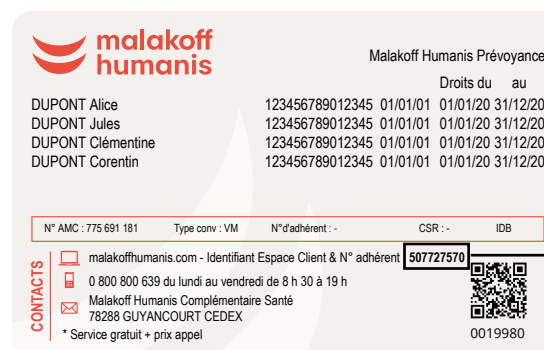
Vous recevez chaque année, votre carte de tiers payant Malakoff Humanis pour vous permettre d'éviter l'avance de frais pour de nombreuses prestations.

**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 complémentaire santé.**

Si votre professionnel de santé refuse le tiers payant ou pratique un dépassement d'honoraires, vous devrez avancer les frais et nous 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 nous être adressées au plus tard dans les 2 ans à compter de la date des soins.**



**identifiant de connexion à votre Espace Client personnel et sécurisé.**



## À NOTER

**Si vous déménagez, votre carte reste valide. N'oubliez pas toutefois de nous communiquer votre nouvelle adresse et votre attestation de droits, en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie. Pensez également à nous signaler tout changement de coordonnées bancaires ou de situation de famille.**

▪ En ligne depuis votre Espace Client

▪ ou en appelant le **0 800 800 639** Service & appel gratuits

# Avance de frais ou pas ? Mieux comprendre...

## CAS N°1

Votre professionnel de santé accepte le tiers payant.



Vous présentez votre **carte vitale** et votre **carte Malakoff Humanis**



**Vous ne payez que l'éventuel montant à votre charge**

## CAS N°2

Votre professionnel de santé n'accepte pas le tiers payant.

Il ne pratique pas de dépassement d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



**Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties**

Il pratique des dépassements d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale

**MAIS**

Vous devrez nous adresser **l'original de votre facture** ou de votre reçu remis par votre professionnel de santé (pour le dépassement d'honoraire)



**Vous serez remboursé par Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties**

## CAS N°3

Vous avez oublié de présenter votre carte vitale ? Ou votre professionne de santé ne prend pas la carte vitale.

Vous devrez régler la totalité des frais



Vous devrez adresser votre **feuille de maladie** dûment remplie et signée à votre centre de Sécurité sociale



**Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties**

# Comment vous orienter dans le parcours de soins ?

## Pour vous orienter au mieux dans le système de soins :

- Médecine de ville
- Optique
- Dentaire
- Hospitalisation
- Audiologie

## Malakoff Humanis vous accompagne à chaque étape :

- avec de nombreux services et réseaux de professionnels ;
- avec une assistance santé à domicile ;
- avec des aides personnalisées pour vous soutenir dans les moments sensibles.



## Parcours de soins, ce qu'il faut retenir ?

Pour être remboursé au mieux, pensez à **déclarer votre médecin traitant** et à **respecter le parcours** de soin. Faute de quoi la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que Malakoff Humanis ne pourra prendre en charge.

Aussi, passer toujours en première intention par votre médecin traitant. **Excepté pour :**

- **vos enfants de moins de 16 ans,**
- accéder aux services d'**urgence,**
- les consultations de **certains 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.**

# Votre Espace Client, pour quoi faire ?

## SIMPLIFIEZ VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES

- accédez aux informations liées à vos contrats ;
- modifiez vos informations personnelles ;
- simulez et suivez vos remboursements ;
- analysez vos dépenses ;
- réalisez vos démarches administratives et suivez leur traitement en temps réel...

## ACCÉDEZ À TOUS VOS SERVICES ET AVANTAGES

- trouver 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, praticiens en médecine douce, professionnels en soins à domicile ;
- accéder à notre service de téléconsultation ;
- envoyer vos devis ;
- accéder aux aides personnalisées de l'accompagnement social ;
- demander un deuxième avis médical en cas de maladie grave ;
- bénéficier de notre service d'assistance à domicile ;
- profiter de tous vos bons plans...

## Accédez à votre Espace Client personnel et sécurisé

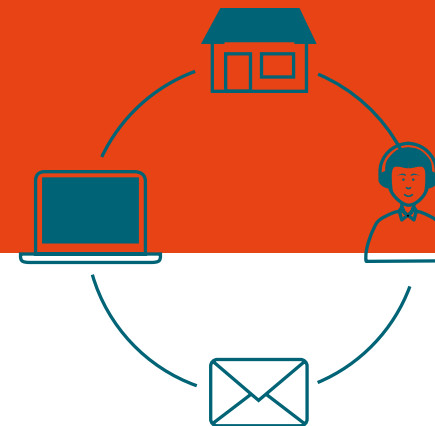


Téléchargez gratuitement l'application **Espace Client** Malakoff Humanis disponible sur iPhone, iPad, mobiles et tablettes Android depuis l'App Store ou Google Play.



Connectez-vous sur : **malakoffhumanis.com**

# Vos contacts utiles Malakoff Humanis



## POUR RÉALISER VOS DÉMARCHES EN LIGNE ET RETROUVER TOUS VOS SERVICES

Connectez-vous à votre Espace Client sur [malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)

Pour vous inscrire, il vous suffit d'entrer votre code identifiant qui se trouve sur votre carte de tiers payant Malakoff Humanis. Votre mot de passe vous sera ensuite envoyé par mail.

## POUR TOUTES VOS QUESTIONS FRAIS DE SANTÉ



**0 800 800 639** Service & appel gratuits

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h et le samedi de 9 h à 17 h

- ✉ Pour toutes vos correspondances écrivez-nous à l'adresse mentionnée sur votre carte de tiers payant.

## RETROUVEZ-NOUS DANS LA BOUTIQUE LA PLUS PROCHE DE CHEZ VOUS

Pour trouver la boutique la plus proche connectez-vous sur :

**[malakoffhumanis.com/ou-nous-trouver/#](http://malakoffhumanis.com/ou-nous-trouver/#)**

## VOUS ÊTES SOURD OU MALENTENDANT ?

Des conseillers clientèle spécialisés se tiennent à votre disposition. Rendez-vous **[acce-o.fr/client/malakoffhumanis/](http://acce-o.fr/client/malakoffhumanis/)**.

# Savez-vous qu'au-delà de l'entreprise, vos garanties santé peuvent être conservées \* ?

## EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL (PORTABILITÉ)

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 (ANI) et si vous êtes indemnisé par l'Assurance chômage, vous pouvez bénéficier gratuitement du maintien\* de votre couverture santé ArcelorMittal selon la durée de votre contrat de travail (au minimum 1 mois et dans la limite de 12 mois).

## EN CAS DE CONGÉS SANS SOLDE

Votre couverture santé peut être maintenue, à titre individuel et facultatif \*, sous réserve du paiement de l'intégralité de la cotisation (salariale + patronale) directement auprès de Malakoff Humanis.

## EN CAS DE DÉPART À LA RETRAITE

Malakoff Humanis propose des offres PEPS, avec des conditions particulièrement avantageuses afin d'assurer la continuité de votre protection sociale et répondre à vos besoins.

## EN CAS DE DÉCÈS : POUR VOS AYANTS DROIT

Vos ayants droit affiliés à votre complémentaire santé d'entreprise peuvent continuer à en bénéficier gratuitement pendant les 12 mois qui suivent votre décès \*. Au-delà, ils pourront souscrire aux offres PEPS, avec des conditions particulièrement avantageuses afin d'assurer la continuité de leur protection sociale et répondre à leurs besoins.

\* Voir conditions et modalités dans votre notice d'information.

# Retrouvez l'intégralité de vos garanties santé ArcelorMittal dans votre notice d'information



**On aime  
vous voir  
sourire**