

2.2 Remboursement des frais de santé

Vous retrouverez sur le site intranet Thales les documents exhaustifs dont vous pouvez avoir besoin sur le lien ci-dessous :

[HUMANIS - RH ex-TOSA - People Online - Thales \(corp.thales\)](#)

Pour vous informer rapidement, voici le tableau de synthèse des bases de remboursement de nos régimes de mutuelles complémentaires et sur-complémentaire.

Tableau des prestations contractuelles au 1^{er} janvier 2020

Les garanties s'entendent y compris les remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les forfaits en € ou PMSS qui viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Toutefois, les prestations versées par Malakoff Humanis Prévoyance à un assuré pour lui-même ou pour ses ayants droit, dans tous les cas, sont limitées pour chaque acte, aux frais réels restant à charge après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme.

GARANTIES Y COMPRIS LES REMBOURSEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, y compris maternité (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)	Régime socle	Régime surcomplémentaire non responsable	Régime socle + surcomplémentaire
Honoraires - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Honoraires - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Frais de séjour	100 % FR	-	100 % FR
Chambre particulière	3,5 % PMSS/jour	-	3,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	3,5 % PMSS/jour	-	3,5 % PMSS/jour
Forfait hospitalier	100 % FR	-	100 % FR
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	prise en charge	-	prise en charge
SOINS DE VILLE (secteurs conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Consultations et visites, généralistes - DPTAM	250 % BR	-	250 % BR
Consultations et visites, généralistes - hors DPTAM	200 % BR	50 % BR	250 % BR
Consultations et visites, spécialistes - DPTAM	450 % BR	50 % BR	500 % BR
Consultations et visites, spécialistes - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Petite chirurgie et actes de spécialité - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - DPTAM	100 % FR	-	100 % FR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - hors DPTAM	200 % BR	300 % BR	500 % BR
Frais d'analyses et de laboratoire	100 % FR	-	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Conventionnés	100 % FR	-	100 % FR
Auxiliaires médicaux - Non conventionnés	95 % FR (Mini : 100 % BR)	-	95 % FR (Mini : 100 % BR)
Autre appareillage remboursé par la Sécurité sociale (ex : orthèses, semelles orthopédiques, ceintures lombaires, bas de contention : classe I, II et III...)	450 % BR	-	450 % BR
AIDES AUDITIVES			
Équipement Prothèses auditives 100 % Santé** (classe I)	Sans reste à charge pour l'assuré	-	Sans reste à charge pour l'assuré
Équipement Prothèses auditives autres que 100 % Santé** (classe II)			
Bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité	450 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille	-	450 % BR dans la limite de 1 700 €/oreille
Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire			
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR ou TFR	-	100 % BR ou TFR
TRANSPORT			
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100 % FR	-	100 % FR
FRAIS D'OPTIQUE			
Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de moins de 16 ans (un équipement tous les ans).			
	Remboursement maximum pour la monture de 100 €.	Remboursement maximum pour la monture de 50€	Remboursement maximum pour la monture de 150 €
Équipement 100 % Santé** (classe A)			
Verres et montures (y compris l'examen de la vue par l'opticien)	sans reste à charge pour l'assuré	-	sans reste à charge pour l'assuré
Équipement autre que 100 % Santé** (classe B)			
Équipement avec 2 verres simples ⁽³⁾	420 €	80 €	500 €
Équipement avec 1 verre simple et un verre complexe ⁽³⁾	560 €	90 €	650 €
Équipement avec 2 verres complexes ⁽³⁾	700 €	100 €	800 €
Équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe ⁽³⁾	610 €	140 €	750 €
Équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe ⁽³⁾	750 €	150 €	900 €
Équipement avec 2 verres très complexes ⁽³⁾	800 €	200 €	1 000 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire	-	100 % BR + 12 % PMSS/an/bénéficiaire

Protégeons la planète et n'imprimez que si nécessaire !



Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	12 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	12 % PMSS/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toute chirurgie des yeux)	50 % FR limité à 20 % du PMSS/œil plus en complément si restant à charge : 60 % FR limité à 600 €/œil	100 % FR dans la limite de 1400 €/œil y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle	100 % FR dans la limite de 1400 €/œil y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle
FRAIS DENTAIRES			
Soins et prothèses 100 % Santé**	sans reste à charge pour l'assuré	-	sans reste à charge pour l'assuré
Soins autres que 100 % Santé**			
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	470 % BR	100 % FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle	100 % FR y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle
Prothèses autres que 100 % Santé**			
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs maîtrisés	500 % BR	-	500 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarifs libres	500 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation	-	500 % BR dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarif maîtrisé :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	-	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR	-	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR	-	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR	-	810 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale à tarifs libres :			
- Couronnes, bridges et inter de bridges	550 % BR	-	550 % BR
- Inlay-Cores	370 % BR	-	370 % BR
- Couronnes sur implant	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires amovibles	550 % BR	-	550 % BR
- Réparations sur prothèses	550 % BR	-	550 % BR
- Prothèses dentaires provisoires	810 % BR	-	810 % BR
	tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation	-	tous ces actes sont dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale :			
- Couronnes	18,6 % du PMSS par acte	-	18,6 % du PMSS par acte
- Bridges	48,9 % du PMSS par acte	-	48,9 % du PMSS par acte
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	2,2 % du PMSS par acte	-	2,2 % du PMSS par acte
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	550 % BR	-	550 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale -18 ans	550 % BR reconstituée	-	550 % BR reconstituée
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale +18 ans	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée	-	50 % FR limité à 250 % BR reconstituée
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Endodontie non remboursée par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 10 % du PMSS/an/bénéficiaire
Implant	65 % FR limité à 25 % du PMSS/implant limité à 6/an/bénéficiaire répartis comme suit : Implant : 65 % FR limité à 15 % du PMSS/implant limité à 6/an/bénéficiaire Pilier implantaire : 65 % FR limité à 10 % du PMSS/pilier limité à 6/an/bénéficiaire	1000 € / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6/an/bénéficiaire	1000 € / (implant + pilier implantaire) y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle limité à 6/an/bénéficiaire
Pilier implantaire			
Régénérescence osseuse dans le cadre de la pose d'un implant	300 € par implant dans la limite de 40 % PMSS/an/bénéficiaire	-	300 € par implant dans la limite de 40 % PMSS/an/bénéficiaire
Radiologie non remboursée dans le cadre de la pose d'un implant	100 € par implant/an/bénéficiaire	-	100 € par implant/an/bénéficiaire



AUTRES SOINS			
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : honoraires et soins	12 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	12 % PMSS/an/ bénéficiaire
Analyses HN	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité 120 €/an/ bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité 120 €/an/ bénéficiaire
Radiologie HN	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 70 €/ acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 70 €/ acte dans la limite de 300 €/an/bénéficiaire
Péridurale non prise en charge par la Sécurité sociale	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 4 % du PMSS/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité à 45 €/ séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 60 % FR limité à 45 €/ séance dans la limite de 450 €/an/bénéficiaire
Psychomotricité, Psychothérapie et Psychologue pour enfant	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/ séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 65 % FR limité à 50 €/ séance dans la limite de 950 €/an/bénéficiaire
Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie et Kinésithérapie méthode Mézières	50 % FR limité à 7 % du PMSS/an/bénéficiaire plus en complément si restant à charge 70 % FR limité à 50 €/ séance dans la limite de 400 €/an/bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 100 €/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle maxi 6 séances/an/ bénéficiaire	100 % FR dans la limite de 100 €/séance y compris le remboursement de la Sécurité sociale et du régime socle maxi 6 séances/an/ bénéficiaire
Etiopathie	17 % PMSS/an/ bénéficiaire	-	17 % PMSS/an/ bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR	-	100 % FR
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	70 % FR limité à 150 €/ an/bénéficiaire	-	70 % FR limité à 150 €/ an/bénéficiaire
Pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale	80 % FR limité à 60 €/ trimestre/bénéficiaire	-	80 % FR limité à 60 €/ trimestre/bénéficiaire
Pédicurie : uniquement pour les ongles incarnés et les hallux-valgus	50 % FR limité à 6 actes/ an/bénéficiaire	-	50 % FR limité à 6 actes/ an/bénéficiaire
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ⁽²⁾	100 % FR	-	100 % FR

Astuces :

Certains remboursements se font sur base forfaitaires, comme l'ostéopathie, la psychologie, les analyses, radiologies etc...

- ⇒ Vous pouvez profiter de la fin de l'année pour utiliser vos forfaits et poursuivre en début 2022 pour bénéficier de soins complet dans l'éventualité où ces forfaits ne couvrent pas la totalité de vos besoins !



Protégeons la planète et n'imprimons que si nécessaire !

RAPPEL

(Attention date limite à respecter !)

2.3 DISPENSE D'ADHESION AUX FRAIS DE SANTE – 2022

Conformément aux dispositions sociales du Groupe THALES (avenant n°11), les salariés peuvent demander à être dispensés d'adhérer au régime collectif obligatoire de soins de santé.

Qui est concerné ?

- **Le salarié THALES** qui bénéficie déjà de la couverture collective du Groupe THALES en **sa qualité d'ayant-droit** (conjoint travaillant à THALES)
- **Le salarié THALES** qui bénéficie déjà d'une couverture obligatoire en qualité d'ayant-droit auprès de l'employeur de son conjoint
- **Le salarié THALES bénéficiaire de la CMU complémentaire** ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé jusqu'à l'expiration de cette couverture ou de cette aide.

Rappel : en dehors de ces 3 situations, les salariés restent affiliés au régime frais de santé auprès de Malakoff Humanis et n'ont aucune démarche à effectuer.

Comment faire ?

Pour bénéficier de cette dispense, vous devez obligatoirement chaque année justifier de votre situation.

Depuis le portail **Workday**, accéder à l'application **4YOU** puis sélectionner la démarche « **ma dispense de frais de santé** ».

Vous devez sélectionner un des 3 choix mentionnés (voir ci-dessous), le cocher puis ajouter le ou les justificatifs*.

- Je mets fin à la dispense dont je bénéficie pour me ré affilier au régime obligatoire "soins de santé" de Thales à compter du 1er janvier de l'année prochaine.
- Je bénéficie actuellement d'une dispense en respect des dispositions prévues, et souhaite la prolonger à l'appui du justificatif correspondant à ma situation*. A défaut de présentation du justificatif, vous serez ré affilié au régime obligatoire "soins de santé" de Thales à la date du 1er janvier de l'année prochaine.
- Sur présentation du justificatif correspondant à ma situation*, je demande à être dispensé(e) d'adhérer au régime obligatoire "soins de santé" de Thales à compter du 1er janvier de l'année prochaine.

Quand ?

⇒ **Avant le 31 octobre 2021.**

⇒ Sans justificatif, la dispense ne sera pas maintenue ou mise en place.



Protégeons la planète et n'imprimez que si nécessaire !