

NOTICE D'INFORMATION

La complémentaire santé des salariés

au 01/01/2021

Mutuelle Santé Eiffage Energie assure la protection complémentaire santé de la Société dans laquelle vous êtes embauché.

La présente notice a pour objet de présenter les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des prestations frais de santé, au profit des salariés de l'entreprise.

GÉNÉRALITÉS

Le contrat a la qualité de contrat responsable au sens des articles de loi relatifs à l'assurance maladie et de ses décrets d'application. En conséquence les garanties suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.

Le contrat a la qualité de contrat collectif obligatoire au sens de l'article L.221-2 du code de la mutualité.

- Les taux de remboursement s'entendent généralement prestations de la Sécurité Sociale non comprises.
- Le délai de forclusion est fixé à deux ans à partir de la date du remboursement de la sécurité sociale et pour les factures, deux ans à partir de leur édition ou de leur paiement.
- Sauf indications contraires, les remboursements de la mutuelle sont accordés uniquement pour les soins médicaux pris en charge par la Sécurité Sociale.
- Les remboursements de la mutuelle sont toujours limités aux frais engagés, une fois le remboursement du régime obligatoire et éventuellement d'autres régimes complémentaires déduits.
- L'adhérent ne peut prétendre à un remboursement qu'à la condition qu'ils soient conformes aux dispositions des contrats responsables.

COTISATIONS au 1^{er} janvier 2021

	Régime Général	Régime Alsace Moselle
ADHÉRENTS SEULS	40,95 €	20,50 €
ADHÉRENTS COUPLES	71,40 €	35,70 €
ADHÉRENTS FAMILLES	76,40 €	38,20 €
ADHÉRENTS SEULS + ENFANT(S)	51,10 €	25,55 €

SOMMAIRE

Généralités	page 1
Tableau des cotisations	page 1
Tableau des prestations	page 2
Exemples de remboursement	page 2
Contrat responsable	page 3
Modalités d'adhésion à la mutuelle	page 3
Maintien et cessation des garanties	page 3
Départ en retraite	page 3
Application de la loi Evin.....	page 3
Pièces à fournir pour les remboursements	page 4
Modalités de remboursement	page 4
Tiers-payant	page 4
Prise en charge en cas d'hospitalisation	page 4
Carte de tiers-payant	page 4
Assistance à domicile	page 4
Info-devis	page 4
Contacts Mutuelle	page 4
Site internet	page 4



Seule la cotisation de l'adhérent bénéficie de la participation de l'employeur. La part de cotisation du conjoint ou des enfants est entièrement supportée par le salarié.

PRESTATIONS MUTUELLE 2021

Taux calculés sur le tarif de base de la sécurité sociale en application des textes sur les **CONTRATS RESPONSABLES**

	Sécurité sociale	Mutuelle	Total
Honoraires médicaux, radiologie, petite chirurgie actes techniques médicaux, Soins effectués par des médecins signataires du Option Praticaire Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70%	300%	370%
Honoraires Médicaux : Soins effectués par des médecins NON signataires OPTAM (dont TM 30%)	70%	130%	200%
Analyses	60%	300%	360%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kiné, orthophonistes, orthoptistes	60%	300%	360%
Transport	65%	135%	200%
Forfait pour actes lourds			24 €
Ostéopathie (Limité à 2 séances/an)			30 €
Psychologie pour mineurs (Limité à 2 séances/an)			20 €
Soins dentaires	70%	300%	370%
Prothèse dentaire	70%	500%	570%
1 implant dentaire + 1 pilier (1 fois/an)			700 € + 300 €
Parodontie (1 fois/an)			250 €
Orthodontie	100%	300%	400%
Pharmacie	65%	35%	100%
Pharmacie	30%	70%	100%
Pharmacie	15%	85%	100%
Hospitalisation, Frais de séjour et honoraires divers	80%	20%	100%
Forfait journalier			20 € / jour
Chambre particulière (y compris maternité) (45 jours par an)			60 € / jour
Frais d'accompagnant enfant de - de 12 ans (20 nuits par an)			20 € / nuit

	Sécurité sociale	Mutuelle	Total
Hospitalisation – Honoraires chirurgiens. Soins effectués par des médecins signataires OPTAM	100%	300%	400%
Hospitalisation – Honoraires chirurgiens Soins effectués par des médecins NON signataires OPTAM	100%	100%	200%
Prothèse auditive (Adultes: 1000 €/oreille/an) Enfants :	60%	240%	300%
Appareillage, orthopédie, dispositifs médicaux	60%	240%	300%
Optique : verres et/ou monture remboursés par la Sécurité Sociale	60%	0%	60%
Enfants : forfait optique (1 fois par an de date à date)			220 € maxi dont 80 € maxi pour la monture
Adultes : Forfait optique unifocal (*) ou Forfait optique multifocal (*)			350 € maxi dont 100 € maxi pour la monture 550 € maxi dont 100 € maxi pour la monture
Chirurgie laser des yeux (par œil et par an)			750 €
Lentilles non remboursées par la S.S.			2 factures par an de 75 € maxi
Cure thermale - surveillance médicale	70%	30%	100%
Cure thermale - forfait thermal	65%	35%	100%
Cure thermale - forfait transport et hébergement (Si pris en charge par la sécurité sociale)	65%	35%	100%
Décès adhérent			1144 €
Prestations de prévention : Ostéodensitométrie	70%	30%	100%
Vaccin anti-grippe			8 €
Vaccins (liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	65%	35%	100%
Assistance R.M.A.			OUI

Les franchises prévues par le Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en charge afin de respecter les dispositions relatives aux « contrats responsables ». (*) Pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue dans le cadre des contrats responsables conformément aux articles L 871-1 et R 871-2 du code de la sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT VISÉS PAR L'ENGAGEMENT SUR LA LISIBILITÉ DES CONTRATS

Exemples	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier en court séjour (tarif réglementaire)	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte (prix moyen national de l'acte)	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte (prix moyen national de l'acte)	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €
OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) (prix limite de vente)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (prix moyen national de l'acte)	345,00 €	0,09 €	344,91 €	0,00 €
DENTAIRE				
Détartrage (tarif conventionnel)	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé) (honoraire limite de facturation)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (prix moyen national de l'acte)	538,70 €	84,00 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (prix moyen national de l'acte)	538,70 €	75,25 €	463,45 €	0,00 €
Bridge métallique sur incisive (prix limite de l'acte 100% santé)	1465,00 €	195,65 €	1269,35 €	0,00 €
AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) (prix limite de vente)	1100,00 €	210,00 €	890,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille (prix moyen national de l'acte)	1476,00 €	210,00 €	1 000,00 €	266,00 €
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires (tarif conventionnel)	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 € (participation forfaitaire imposée par la législation)
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires (tarif conv.)	30,00 €	20,00 €	9,00 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) (prix moyen national de l'acte)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) (prix moyen national de l'acte)	56,00 €	15,10 €	23,00 €	17,90 € (imposé par la lég.)

CONTRAT « RESPONSABLE »

Les prestations sont conformes aux dispositions actuelles du Code de la Sécurité Sociale relatives aux contrats "responsables".

A ce titre, ne sont pas pris en charge :

La participation forfaitaire de 1 €

Cette participation est applicable à chaque acte ou consultation d'un médecin (hors hospitalisation) dans la limite de 50 € par année et par bénéficiaire.

Les majorations du ticket modérateur

- A chaque consultation hors parcours de soins (soin réalisé par un médecin autre que le médecin traitant choisi et déclaré ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant).
- Lorsque le patient n'autorise pas l'accès à son dossier médical par un professionnel de santé.

Les dépassements de tarifs hors parcours de soins

Il s'agit des dépassements de tarifs sur les consultations et les actes techniques que peuvent pratiquer les médecins spécialistes du secteur 1 et 2 consultés hors parcours de soins.

Les franchises de

- 0,50 € par boîte de médicament,
- 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical,
- 2 € par transport sanitaire effectué en véhicule sanitaire ou taxi.

Ces franchises sont plafonnées à 50 € par an et par bénéficiaire.

La franchise de 24 € sur les actes lourds (actes thérapeutiques ou actes diagnostiques affectés d'un coefficient $K \geq 60$ ou d'un tarif ≥ 120 €) est prise en charge par la Mutuelle.

Les évolutions législatives ou réglementaires liées aux obligations et interdictions de prise en charge imposées par les textes relatifs au contrat « responsable » seront appliquées de plein droit à la date de leur prise d'effet.

MODALITÉS D'ADHESION À LA MUTUELLE

La Mutuelle Santé Eiffage Energie assure la protection complémentaire santé de la Société dans laquelle vous êtes embauché.

Afin que votre inscription se déroule dans les meilleures conditions, nous vous prions de trouver ci-joint un bulletin d'adhésion à nous retourner dès que possible dûment complété.

Bien entendu, la prise en charge sera effective à votre date d'embauche.

Le salarié de l'entreprise bénéficie automatiquement des prestations de la mutuelle mais leur versement est conditionné à l'envoi d'un bulletin d'adhésion dûment rempli.

L'inscription des ayants droit définis ci-dessous, n'étant pas obligatoire, elle est conditionnée à l'envoi d'une demande écrite.

Bénéficiaires

- Le **salarié**, désigné « adhérent » dans la présente notice.
- Le **conjoint du salarié**, la personne liée par un pacte civil de solidarité (PACS), le concubin s'il y a domiciliation commune avec l'adhérent.
- Les **enfants** :
 - les enfants reconnus à charge au sens de la Sécurité Sociale du salarié ou de son conjoint ou concubin ou pacsé ;
 - les enfants, à charge jusqu'à 25 ans à condition qu'ils soient scolarisés ou étudiants
 - les enfants, à charge, âgés de moins 20 ans inscrits à l'assurance chômage ;
 - les enfants du conjoint du participant (ou concubin)

Toute modification de la composition de la famille du participant ayant une incidence sur l'inscription de ses ayants droit doit être déclarée par écrit à la mutuelle dans les meilleurs délais.

MAINTIEN ET CESSATION DES GARANTIES

En cas de rupture du contrat de travail

Les garanties sont maintenues jusqu'au dernier jour du mois durant lequel le salarié sort des effectifs de l'entreprise.

Cette période est toutefois prolongée aux anciens salariés à condition qu'ils soient indemnisés par Pôle emploi au titre du chômage à l'exclusion d'une rupture pour faute lourde et n'exerçant aucune activité rémunérée. Ce maintien est temporaire et à titre gratuit. La période de maintien est égale à l'ancienneté acquise dans l'entreprise et limitée à 12 mois.

En cas de non production des justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage l'adhérent sera radié ainsi que ses ayants droit.

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (congé parental, formation, sans solde, sabbatique...).

L'adhésion du salarié sera suspendu sauf pour le congé parental à condition d'en faire la demande et de payer la cotisation salariale.

En cas de décès : Les ayants droit du salarié décédé, sous réserve qu'ils en fassent la demande peuvent bénéficier du maintien des garanties pendant 2 ans en contrepartie du paiement de la cotisation correspondant à leur nouvelle catégorie.

La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces ayants droit au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire.

Dès lors que le régime se trouve résilié du fait de l'employeur ou du fait de la mutuelle, il ne peut en aucun cas être maintenu dans ses effets pour les participants qui, à titre individuel, souhaiteraient continuer à en bénéficier.

DÉPART EN RETRAITE

Lors de son départ en retraite, le participant pourra, sur demande écrite, continuer à bénéficier de la mutuelle et avec les mêmes garanties, en intégrant le régime individuelle à adhésion facultative spécifique proposé par la mutuelle.

Pour bénéficier du tarif préférentiel, l'adhérent et les ayants droit doivent justifier de 10 ans d'adhésion à la mutuelle avant leur départ à la retraite. S'ils ne peuvent justifier de cette durée d'ancienneté ils devront régler la cotisation globale (part salariale plus part patronale).

APPLICATION DE LA LOI EVIN

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. La mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire. Ces anciens salariés devront régler la cotisation globale (part salariale plus part patronale).

PIÈCES À FOURNIR

Pour obtenir les remboursements de la mutuelle, il convient de fournir les documents suivants :

- les décomptes de la Sécurité Sociale tant que les échanges Noémie ne sont pas initialisés ;
- toute facture originale acquittée par le participant ou ses ayants droit ;
- tout élément complémentaire (facture d'optique, de prothèses dentaires, etc.).

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

La mutuelle a signé des conventions avec toutes les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (métropole et DOM) afin de disposer chaque jour des décomptes traités par la Sécurité Sociale. C'est le système de télétransmission « Noémie ».

Afin de pouvoir bénéficier de ce système, le participant doit envoyer l'attestation jointe à la carte Vitale qui lui est adressée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour l'ensemble des bénéficiaires.

Il faut également adresser l'attestation en cas de changement de situation familiale (mariage, naissance, ...) ou en cas de changement de Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

La mise en place des échanges Noémie n'est possible que si le salarié dépend du Régime général de la Sécurité Sociale.

Tant que le participant ne bénéficie pas de ce système, ou en l'absence du message suivant « **ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et en conserver une copie** », il doit adresser à la mutuelle les décomptes des prestations de la Sécurité Sociale.

De plus, dans le cas où le participant n'a réglé que le ticket modérateur (part de la mutuelle), il doit nous adresser la facture acquittée.

Dans tous les cas, les remboursements sont effectués sur le compte bancaire du participant.

TIERS-PAYANT

De manière générale, la mutuelle pratique le tiers-payant avec tous les professionnels qui l'acceptent.

1. **Pharmacie et laboratoire** : le tiers-payant est en application par le biais de conventions dans tous les départements.
2. **Soins à l'hôpital et hospitalisation** : sur présentation de la carte d'adhérent, les soins externes peuvent bénéficier du tiers-payant alors que pour les hospitalisations, il est préférable de faire une demande prise en charge (vous ci-dessous).
3. **Radiologie** : de nombreux cabinets de radiologie acceptent la pratique du tiers-payant avec notre mutuelle.
4. **Optique** : le tiers-payant optique fonctionne obligatoirement sur demande de prise en charge.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

La mutuelle délivre, si nécessaire, une prise en charge qui garantit le paiement des frais médicaux et du forfait hospitalier laissés à votre charge, dans la limite de la garantie complémentaire prévue.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, veuillez contacter la mutuelle pour lui communiquer la date d'admission, le nom de l'établissement et son numéro de fax. Une prise en charge sera adressée directement à l'établissement hospitalier ou à la clinique.

La plupart des établissements traitent directement la demande de prise en charge auprès des organismes complémentaires.

CARTE DE TIERS-PAYANT



La carte vous est envoyée :

- lors de la réception par la mutuelle de votre bulletin d'adhésion,
- puis deux fois par an (juin et décembre),
- à chaque modification telle qu'inscription ou radiation d'un enfant ou d'un conjoint.

ASSISTANCE A DOMICILE

rma

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE

Mutuelle Santé Eiffage Energie Assistance en partenariat avec « Ressources Mutuelles Assistance » (R.M.A.), vous assure un service et des prestations en cas de difficultés.

En cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation, une équipe de chargés d'assistance et d'experts vous propose des solutions adaptées à votre situation comme par exemple une aide à domicile, la garde de vos enfants ou la livraison à domicile de médicaments ou de courses. Pour entrer en contact avec le service d'assistance et faire part de vos problèmes, un conseiller sera toujours à votre écoute au 09 69 32 94 26 - 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

INFO DEVIS

Le service administratif de la mutuelle permet aux adhérents de faire évaluer leurs devis de frais d'optique, de dentaires ou de chirurgie avant d'engager la dépense.

Le devis détaillé (prix par acte) doit être envoyé :

- soit par courrier à la mutuelle ;
- soit par fax : 01 55 87 53 05 sans oublier de préciser le numéro de téléphone ou de fax ou le participant peut être joint.
- soit par mail : mutuelle.energie@eiffage.com

CONTACTS MUTUELLE

- Pour toute demande de renseignement, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant : **01 55 87 53 01** de 9h à 12 h et de 13h30 à 16h30 du lundi au vendredi
ou par mail : mutuelle.energie@eiffage.com
- Pour obtenir le remboursement des soins, les factures et décomptes sont à adresser à : Mutuelle Santé Eiffage Energie
117 rue du Landy - B.P. 80008
93213 La Plaine Saint-Denis Cedex

SITE INTERNET

Un site à votre service :

www.mutuelle-eiffage-energie.fr

- éditer votre carte d'adhérent
- effectuer votre changement d'adresse
- modifier vos coordonnées bancaires
- prendre connaissance du fonctionnement de la mutuelle
- connaître nos partenaires, consulter vos remboursements
- localiser l'opticien KALIXIA le plus proche

TOUT CECI EN 1 SEUL CLIC