

NOTICE D'INFORMATION

La complémentaire santé des salariés

au 01/01/2022

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 émission ou de leur paiement.

Sauf indications contraires, les remboursements de la mutuelle sont accordés 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 2022

	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
Info-devis	page 4
Contacts Mutuelle	page 4
Nos partenaires	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 2022

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

	Sécurité sociale	Mutuelle	Total		Sécurité sociale	Mutuelle	Total
Honoraires médicaux, radiologie, petite chirurgie actes techniques médicaux et d'imagerie : Soins effectués par des médecins signataires du Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70%	300%	370%	Frais d'accompagnant enfant de - de 12 ans (20 nuits par an)		20 € / nuit	
Honoraires Médicaux : Soins effectués par des médecins NON signataires OPTAM (dont TM 30%)	70%	130%	200%	Hospitalisation – Honoraires chirurgiens. Soins effectués par des médecins signataires OPTAM	100%	300%	400%
Analyses / Auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné, orthophonistes, orthoptistes)	60%	300%	360%	Hospitalisation – Honoraires chirurgiens Soins effectués par des médecins NON signataires OPTAM	100%	100%	200%
Transport	65%	135%	200%	Prothèse auditive (Adultes: 1000 €/oreille/an) Enfants :	60%	240%	300%
Forfait pour actes lourds			24 €	Appareillage, orthopédie, dispositifs médicaux	60%	240%	300%
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, pédicure/podologie (Limité à 2 factures par an)*			30 €	Optique : verres et/ou monture remboursés par la Sécurité Sociale	60%	0%	60%
Psychologie pour mineurs (Limité à 2 séances/an)*			20 €	Enfants : forfait optique (1 fois par an de date à date)		220 € maxi	dont 80 € maxi pour la monture
Psychologie pour majeurs (Limité à 4 séances/an)*			60 €	Adultes : Forfait optique unifocal (1)) 1 fois tous les 2 ans de date à date ou Forfait optique multifocal (1)		350 € maxi	dont 100 € maxi pour la monture
Soins dentaires	70%	300%	370%			550 € maxi	dont 100 € maxi pour la monture
Prothèse dentaire	70%	500%	570%	Chirurgie laser des yeux (par œil et par an)		750 €	
1 implant dentaire + 1 pilier (1 fois/an)	Plafonnée à 2500 € par an		700 € + 300 €	Lentilles non remboursées par la S.S.		2 factures par an de 75 € maxi	
Parodontie (1 fois/an)			250 €	Cure thermique - surveillance médicale	70%	30%	100%
Orthodontie	100%	300%	400%	Cure thermique - forfait thermal	65%	35%	100%
Pharmacie (vignettes de couleur blanche)	65%	35%	100%	Cure thermique - forfait transport et hébergement (Si pris en charge par la S.S.)	65%	35%	100%
Pharmacie (vignettes de couleur bleue)	30%	70%	100%	Décès adhérent			1144 €
Pharmacie (vignettes de couleur orange)	15%	85%	100%	Prestations de prévention : Ostéodensitométrie	70%	30%	100%
Hospitalisation, Frais de séjour et honoraires divers	80%	20%	100%	Vaccin anti-grippe			8 €
Forfait journalier		20 € / jour		Vaccins (liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	65%	35%	100%
Chambre particulière (y compris maternité) (45 jours par an)		60 € / jour		Assistance RMA (Tél. 09 69 32 94 26 - 24h/24 - 7j/7)			

Face à l'inflation galopante générée par le comportement des opticiens, aucun renseignement sur le forfait optique ne sera donné par téléphone.

* La facture devra comporter obligatoirement le code ADELI

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	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	447,00 €	247,70 €	199,30 €	0 €
OPTIQUE				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres uni-focaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres uni-focaux	339,00 €	0,09 €	338,91 €	0 €
DENTAIRE				
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	537,48 €	84,00 €	453,48 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	453,48 €	0 €
Bridge métallique sur incisive (prix limite de l'acte 100% santé)	1465,00 €	195,65 €	1269,35 €	0 €
AIDES AUDITIVES				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille	1476,00 €	240,00 €	1000,00 €	236,00 €
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	57,00 €	15,10 €	23,00 €	18,90 €

* Liste détaillée des exemples de remboursement téléchargeable sur le site internet : www.mutuelle-eiffage-energie.fr

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'ADHÉSION À LA MUTUELLE

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, signé et accompagné des justificatifs demandés.

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 par 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 acte de mariage ou par un pacte civil de solidarité (PACS) ou par un certificat de concubinage,
- Les **enfants** :
 - les enfants reconnus à charge au sens de la Sécurité Sociale du salarié ou de son conjoint,
 - les enfants, à charge entre 20 et 24 ans à condition qu'ils soient scolarisés ou étudiants,
 - les enfants, à charge, âgés entre 16 et 19 ans inscrits à l'assurance chômage ou étudiant ou en contrat d'apprentissage,
 - les enfants du conjoint du participant.

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.

Le droit aux prestations peut être suspendu dans certains cas de suspension du contrat de travail.

Cas de suspension du contrat de travail indemnisée

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- Soit d'un maintien, total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par la société ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou de rentes d'invalidité financées au moins en partie par la société,
- Soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement et de mobilité).

Dans une telle hypothèse, la société verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

Cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

Le présent régime n'est pas maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu sans indemnisation par l'employeur. (Exemple : congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise...)

Toutefois, en cas de congé parental, le bénéficiaire du régime peut être maintenu sous réserve du paiement par le salarié de sa part de cotisation directement auprès de l'organisme assureur. Dans cette hypothèse, la société ne verse aucune contribution.

Pour ce faire, le salarié est tenu d'adresser à l'organisme assureur, dans les 5 jours suivants la suspension de son contrat, son RIB ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation ou règlement par chèque.

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.

Des 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 ses ayants droit doivent justifier de 10 années 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 (tarif de base retraité + 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 + 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 activés,
- toute facture 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 des 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.

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,
- soit déposé sur votre espace adhérent du site internet.

CONTACTS MUTUELLE

- Pour toute demande de renseignement, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant : **01 55 87 53 01** de 9h à 12h et de 13h30 à 16h30 du lundi au vendredi ou par mail : mutuelle.energie@eiffage.com ou via votre **espace adhérents du site internet**.

VOTRE SITE INTERNET



<https://www.mutuelle-eiffage-energie.fr>

Un site où vous pourrez via votre espace adhérent :

- Éditer votre carte d'adhérent
- Effectuer votre changement d'adresse
- Modifier vos coordonnées bancaires
- Prendre connaissance du fonctionnement de la mutuelle
- Consulter vos remboursements
- Déposer vos demandes
- Localiser l'opticien et l'audioprothésiste Kalixia le plus proche de chez vous

TOUT CECI EN 1 SEUL CLIC

NOS PARTENAIRES



**SERVICE
D'ASSISTANCE
À VOTRE ÉCOUTE**

Des services et prestations d'assistance vous sont proposés :

- Écoute, Conseil et Orientation
- Accompagnement Psycho-Social
- Hospitalisation, Immobilisation, Maternité
- Prestations complémentaires en soutien à la Maternité et Parentalité
- Accompagnement des patients souffrant d'un cancer
- Accompagnement des situations de handicap
- Accompagnement des Aidants
- Accompagnement des décès en France

Un conseiller est à votre disposition 24h/24, 7j/7
au 09 69 32 94 26. **Ensemble, nous trouverons une solution.**



**TOUJOURS MOINS DE RESTE
À CHARGE OPTIQUE & AUDIO**

Un partenariat avec le réseau **Kalixia** vous permet dès à présent de :

- Obtenir des réductions sur les soins coûteux de l'optique et l'audio
- Obtenir des prestations et des services de qualité
- Respecter une charte éthique de bonnes pratiques
- Ne pas avoir d'avance de frais grâce au tiers-payant systématique