



Notice d'information

Mutuelle Santé Eiffage Energie

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

Ensemble du personnel

Mutuelle Santé Eiffage Energie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 391526225, dont le siège social est 117, rue de Landy – BP 80008 – 93213 LA PLAINE ST DENIS CEDEX

Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Article 2 • Risques couverts

Article 3 • L'adhésion individuelle à la Mutuelle

- 3.1 Adhésion obligatoire
- 3.2 Adhésion facultative des ayants droit
- 3.3 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat
- 3.4 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat
- 3.5 Durée de l'adhésion
- 3.6 Modalités d'affiliation

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

- 4.1 Nouveaux bénéficiaires
- 4.2 Autres modifications

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

- 5.1 A l'initiative de l'adhérent
- 5.2 A l'initiative de la Mutuelle
- 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Article 6 • Maintien de couverture

- 6.1 Suspension du contrat de travail
- 6.2 En cas de départ de l'entreprise

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

- 7.1 Contrats solidaires et responsables
- 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties
- 7.3 Conditions de prise en charge des soins
- 7.4 Tiers payant
- 7.5 Pluralité de garanties de frais de santé
- 7.6 Limites de remboursement
- 7.7 Exclusions et limitations des garanties
- 7.8 Non prise en charge de certaines prestations

Article 8 • Versement des prestations

- 8.1 Règlement des prestations
- 8.2 Contrôle
- 8.3 Fausses déclarations

Chapitre 3 • Autres Garanties

Article 9 • Garanties assistance

Article 10 • Garanties décès

Chapitre 4 • Cotisations

Article 11 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

Article 12 • Evolution de la cotisation

- 12.1 Révision de la cotisation
- 12.2 Revalorisation

Article 13 • Paiement de la cotisation

- 13.1 Règlement de la cotisation
- 13.2 Incident de paiement
- 13.3 Non-paiement de la cotisation

Chapitre 5 • Dispositions diverses

Article 14 • Couverture des accidents

- 14.1 Recours subrogatoire
- 14.2 Déclaration d'accident
- 14.3 Tiers payant en cas d'accident

Article 15 • Prescription

Article 16 • Élection de domicile

Article 17 • Échanges de données informatisées

Article 18 • Autorité de contrôle

Article 19 • Réclamations - Médiation

Article 20 • Protection des données à caractère personnel

Annexes

[Annexe 1 • Tableaux des garanties](#)

[Annexe 2 • Notice Assistance](#)

[Annexe 3 • Notice décès](#)

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer le Membre participant ci-après l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé.

Votre entreprise vous a remis la présente notice d'information de la Mutuelle. Ces documents, rédigés par la Mutuelle, ont pour objet de définir les engagements contractuels existants entre votre entreprise, la Mutuelle et vous-même. La notice d'information précise les prestations prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, les limitations de garanties ainsi que les formalités à accomplir pour obtenir le paiement de vos prestations.

Si des modifications sont apportées à vos droits et obligations, un avenant à la notice d'information ou une nouvelle notice d'information, établi(e) par la Mutuelle, vous sera remis(e) par votre entreprise.

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 • L'adhésion individuelle à la Mutuelle

L'adhérent indique sur le bulletin d'affiliation avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des Statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle disponible sur le site internet et/ou sur demande écrite par mail.

3.1 Adhésion obligatoire

L'adhésion au présent régime « Frais de santé » est obligatoire pour l'ensemble du personnel salarié du souscripteur visés à la présente notice hormis les salariés dispensés d'affiliation, conformément à la réglementation en vigueur.

A la date de l'adhésion, le salarié devient Membre participant de la Mutuelle.

3.2 Adhésion facultative des ayants droit

L'adhérent est libre de faire adhérer au régime ses ayants droit, tels que définis ci-dessous. En cas d'affiliation, les ayants droit bénéficient automatiquement des mêmes garanties que celle de l'adhérent.

Sont considérés comme ayants droit de l'adhérent les personnes désignées sur le bulletin d'affiliation telles que :

- **Le conjoint ou assimilé :**
 - L'époux ou épouse non séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
 - Ou à défaut, le partenaire lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS),
 - Ou à défaut, le concubin(e) au sens de l'article 515-8 du code civil (« union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple »).
- **Les enfants à charge :** les enfants ou ceux du conjoint, partenaire ou concubin qui remplissent les conditions suivantes :
 - Entre 16 et 19 ans inscrits à France Travail ou étudiants ou en contrat d'apprentissage,
 - Entre 20 et 24 ans à condition qu'ils soient scolarisés ou étudiants,
 - En situation de handicap reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion à la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion en cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article Résiliation à titre exceptionnel.

3.6 Modalités d'affiliation

Pour adhérer, vous devez compléter et retourner à la Mutuelle le bulletin d'affiliation pour l'adhérent et ses éventuels ayants droit.

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
Pour vous	RIB ou RICE Photocopie de l'attestation de Sécurité sociale
Pour le conjoint ou assimilé	Photocopie des attestations de Sécurité sociale L'attestation ou certificat de mariage/concubinage/PACS ou photocopie du livret de famille
Pour vos <u>enfants à charge</u> qui ne figurent pas sur votre attestation de carte vitale	Photocopie de leurs attestations de Sécurité sociale

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur et/ou à la Mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la Mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet à la fin du mois de la prise de connaissance par la Mutuelle
L'adhérent ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire	
Bénéfice d'un cas de dispenses d'adhésion prévues par la réglementation	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet à la fin du mois du décès

Radiation des ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'au dernier jour de mois durant lequel l'ayant droit sort du contrat souscrit. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CSS à l'ayant droit	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Décès de l'ayant droit	La résiliation prend effet à la fin du mois du décès
Divorce ou séparation	La radiation prend effet à la fin de mois dès la prise de connaissance par la Mutuelle

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

5.2 A l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

6.1 Suspension du contrat de travail

6.1.1. 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).

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que pour les salariés actifs. La participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

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.

6.1.2. Suspension du contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension du contrat de travail, sans maintien de salaire ou sans versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, les garanties sont suspendues. (Exemple : congé sans solde, congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, etc...).

Toutefois, en cas de congé parental, l'adhérent a la possibilité de demander à la Mutuelle le maintien de la couverture, à titre individuel, durant la période de suspension, sous réserve du paiement de la totalité de la cotisation (part salariale + part patronale) due pour les salariés en activité.

La demande de maintien doit être effectuée auprès de la Mutuelle dans les cinq (5) jours suivants la suspension du contrat de travail, accompagnée de son RIB ainsi qu'une autorisation de prélèvement ou du règlement par chèque.

6.2 En cas de départ de l'entreprise

6.2.1. Portabilité des droits

En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, l'adhérent peut bénéficier, à compter de la cessation de son contrat de travail, d'un maintien provisoire gratuit de sa couverture.

Conditions d'ouverture des droits à portabilité :

L'adhérent bénéficie du maintien de ses garanties à titre gratuit, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- La rupture de son contrat de travail n'est pas due à une faute lourde
- Et
- L'assurance chômage lui verse une indemnisation.

Ce maintien est accordé aux ayants droit effectivement couverts par les garanties du régime de l'entreprise à la date de cessation du contrat de travail.

L'ouverture des droits est conditionnée à la transmission du justificatif de prise en charge par France Travail.

En cas d'absence d'envoi de justificatif, l'adhérent sera radié ainsi que ses ayants droit.

Durée :

Le maintien des droits prend effet au lendemain de la date de rupture ou de fin du contrat de travail.

L'adhérent et ses ayants droit conservent le bénéfice des garanties pendant une durée égale à celle du dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur), prise en compte en mois entier (arrondi le cas échéant au nombre supérieur), et **pour une durée maximale ne pouvant excéder douze (12) mois.**

Le maintien des garanties cesse à la date de la :

- Fin de versement des allocations chômage par France Travail,
- Reprise d'une activité professionnelle,
- Liquidation de la retraite par la sécurité sociale,
- Fin de la durée de maintien (12 mois maximum)
- Résiliation du contrat souscrit par l'ancien employeur

6.2.2. Maintien des garanties « Loi Evin »

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après, demander le maintien auprès de la Mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- ✓ Les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite 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 du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie ci-après ;
- ✓ Les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de vingt-quatre mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la Mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

6.2.3. Départ à la retraite

Lors de son départ en retraite, l'adhérent pourra, sur demande écrite, continuer à bénéficier de la Mutuelle et avec les mêmes garanties, en intégrant le régime individuel à adhésion facultative spécifique proposé par la Mutuelle.

Pour en bénéficier, l'adhérent et ses ayants droit doivent justifier de 10 années d'adhésion consécutives à la Mutuelle avant le départ à la retraite.

S'ils ne peuvent justifier de cette durée d'ancienneté, ils devront régler la cotisation globale en vigueur (tarif de base retraite selon la catégorie + part patronale).

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. A ce titre :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit,
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés,
- Les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité, sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé,
- Les garanties proposées par la Mutuelle respectent le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L.871-1 et R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

A ce titre, le contrat prévoit la prise en charge a minima des remboursements suivants :

- ✓ L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale, sauf pour :
 - Les frais de cure thermale,
 - Les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 ou 30%,
 - Les spécialités et préparations homéopathiques.
- ✓ La participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds et coûteux, mentionnés à l'article R. 160-16 I du code de la sécurité sociale,
- ✓ L'examen de la vue réalisé par l'opticien lunetier en cas de renouvellement d'une ordonnance lorsqu'il est associé à la délivrance d'un équipement optique,
- ✓ Les prestations « 100% santé » précisées ci-dessous,
- ✓ L'intégralité du « forfait journalier hospitalier » des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale, sans limitation de durée,
- ✓ Le « forfait patient urgences ».

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Dans ce cas :

- **Le remboursement est minoré de 20% de la base de remboursement du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,**
Et
- **Le remboursement est limité à 200% de la base de remboursement y compris sécurité sociale.**

Le contrat prend en charge, en plus des prestations prévues ci-dessus, les remboursements suivants :

- ✓ Au moins à 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale (pour les actes médicaux autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2. Du Code de la sécurité sociale),
- ✓ Un montant minimum pour des équipements d'optique (verres et monture) de classe B (définie au paragraphe « Précisions sur l'application du 100% Santé ») soumis au remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

DISPOSITIF « 100% SANTE »

Le contrat « responsable » inclut les prestations du dispositif « 100 % Santé ».

L'adhérent a accès à une sélection **de lunettes, de prothèses dentaires et d'appareils auditifs sans aucun reste à charge**.

1. Optique

L'équipement optique est composé de 2 verres et d'1 monture.

2 Types d'équipements :

- ✓ Un équipement « 100 % santé » (« classe A ») sans reste à charge, entièrement remboursé dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.
- ✓ Un équipement **autre que « 100 % santé »** (« classe B »), l'adhérent est libre dans le choix de l'équipement : il est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat « responsable » et dans les limites des garanties mentionnées au(x) tableau(x) de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés ainsi :

- Soit 2 verres de « classe A » et 1 monture de « classe B »
- Soit 2 verres de « classe B » et 1 monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique (verres et monture)**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à l'équipement du bénéficiaire, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits** pour chaque composante.

Délais de renouvellement de l'équipement :

Le délai de renouvellement de l'équipement est calculé à compter de la date de facturation du précédent équipement qui a fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	<ul style="list-style-type: none">• 2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none">• 1 an suivant la dernière facturation• 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	<ul style="list-style-type: none">• 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	<ul style="list-style-type: none">• Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none">• Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'1 verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres• Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour 1 verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des 2 verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin• Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour 1 verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin• Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie• Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries• Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none">• Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale et comparaison avec l'ancienne• Soit adaptation de l'ordonnance médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance	<ul style="list-style-type: none">• Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières	
Périodicité de renouvellement dérogatoire	• Aucun délai de renouvellement des verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	• Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018
Constatation de l'évolution de la vue	• Présentation à l'opticien d'une nouvelle ordonnance médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

2. Dentaire

3 Types de prothèses :

- Des prothèses « 100 % Santé » sans reste à charge : entièrement remboursées sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » qui s'imposent aux dentistes.
- Des prothèses à tarifs maîtrisés / modérés : remboursées sans pouvoir dépasser les « honoraires limites de facturation » et les garanties prévues dans le(s) tableau(x) de garanties.
- Des prothèses à tarifs libres : l'adhérent est libre dans le choix des techniques et matériaux. Elles sont remboursées dans la limite des garanties prévues au(x) tableau(x) de garanties.

3. Aide auditive

2 Types d'équipements :

- Un équipement « 100 % santé » (« classe I ») sans reste à charge : entièrement remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes.
- Un équipement autre que « 100 % santé » (« classe II ») : l'adhérent est libre dans le choix des prothèses. Il est remboursé dans les conditions fixées dans le(s) tableau(x) de garanties, qui respectent le plafond prévu dans le cadre du contrat responsable.

Ce plafond :

- Inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la Sécurité sociale,
- N'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive (telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires).

Délais de renouvellement d'une aide :

Le délai de renouvellement d'une aide auditive par oreille est calculé à compter de la date de facturation du dernier équipement. Le renouvellement est possible **tous les 4 ans**.

Celui-ci doit avoir fait l'objet d'un remboursement de notre part ou de la part de la Sécurité sociale.

Ce délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'affiliation bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

7.3 Conditions de prise en charge des soins

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de

l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son Assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Tiers payant

Dans le cadre du contrat responsable, le contrat souscrit par l'employeur permet à l'adhérent ainsi qu'à ses ayants droit de bénéficier d'une **dispense d'avance de frais (tiers payant)**. Ce dispositif nécessite au préalable l'acceptation de la télétransmission (NOEMIE) par votre organisme d'Assurance Maladie.

Le tiers payant s'applique intégralement

- Sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge
- Et
- Sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur du ticket modérateur (différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et la prise en charge effective par celle-ci), s'ils sont partenaires de notre opérateur de tiers payant.



La carte Mutuelle Santé Eiffage Energie est remise :

- ✓ Après l'enregistrement de l'affiliation de l'adhérent auprès de la Mutuelle Santé Eiffage Energie,
- ✓ Deux fois par an (fin juin et fin décembre),
- ✓ A chaque modification telle qu'ajout ou retrait d'un ayant droit.

En cas de départ ou de cessation de son contrat de travail (démission, licenciement, retraite...), l'adhérent s'engage à détruire ou tout du moins ne plus utiliser sa carte santé Mutuelle Santé Eiffage Energie en cours de validité et ce dès sa sortie des effectifs de l'entreprise.

7.5 Pluralité de garanties de frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leurs dates de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Les remboursements de la Garantie Décès, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués tel que décrit dans l'annexe 3 de la présente notice.

7.7 Exclusions et limitations des garanties

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- ✓ Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- ✓ La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- ✓ La modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé ou à le compléter,

- ✓ Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés,
- ✓ Les soins effectués avant la date de début du contrat ou avant la date de début de l'inscription de l'adhérent et de celle de ses ayants droit,
- ✓ Les soins effectués après la date de résiliation du contrat ou avant la date de fin des garanties de l'adhérent et de celle de ses ayants droit,
- ✓ Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort à un remboursement. A ce titre, le contrat ne rembourse pas les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),
- ✓ le forfait journalier hospitalier pour établissements médicaux-sociaux définis à l'articles L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174- 6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités ou centres de soins de longue durée etc.),
- ✓ la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

7.8 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- ✓ Les dépassements d'honoraires pour exigence particulière et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire,
- ✓ Les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées,
- ✓ La chambre particulière facturée le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

8.1.1. Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau descriptif des garanties sont exprimées soit en pourcentage de la base de remboursement du Régime de la Sécurité sociale, soit en euros ou une combinaison des deux.

Les prestations sont basées sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation de de l'Assurance Maladie Obligatoire française en vigueur ou sur les montants forfaitaires indiqués dans le tableau descriptif des garanties, ou en pourcentage de la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française et qui figure dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS). **Sauf dispositions contraires prévues dans le tableau descriptif des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

8.1.2. Dates des soins

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- ✓ Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins,
- ✓ Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de pré-traitements et de contention en orthodontie, la médecine alternative telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie,
- ✓ Les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (1) hors forfait journalier hospitalier,
- ✓ La date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier,
- ✓ Garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption,
- ✓ La date de survenance du décès,
- ✓ Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge en cas d'hospitalisation avec ou sans nuitée(s).

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date de soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

8.1.3. Pièces justificatives

Les prestations sont versées sur production :

- ✓ Des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire,
- ✓ Des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif),
- ✓ Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Nature des actes	Justificatif(s) à fournir
Actes dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale ou non, mais inclus dans le cadre des garanties (parodontologie, implantologie...)	Facture acquittée avec indication des codes CCAM (Codification Commune des Actes Médicaux)
Dépassement d'honoraires	Note d'honoraires acquittée, ou en cas de consultation en clinique, facture acquittée de la clinique + facture acquittée du dépassement, ou document de facturation acquitté mentionnant le dépassement d'honoraire
Lentilles non remboursées	Facture acquittée
Frais hospitaliers (avec ou sans hébergement)	Avis des sommes à payer + attestation de paiement
Médecines alternatives figurant dans le tableau de garanties	Facture acquittée d'un professionnel de santé avec mention du n°ADELI /RPPS
Vaccins anti-grippe non remboursé par la Sécurité sociale	Facture acquittée

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique (NOEMI). En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

8.1.4. Devis dentaire ou autres

La Mutuelle Santé Eiffage Energie vous propose sans frais additionnels une estimation de vos remboursements concernant notamment vos frais dentaires (prothèses, implants, orthodontie). Pour obtenir cette évaluation faites nous parvenir votre devis :

- ✓ Par dépôt sur votre Espace Adhérent,
- ✓ Par courriel à mutuelle.energie@eiffage.com,
- ✓ Par courrier postal : Mutuelle Santé Eiffage Energie - 117 rue du Landy - BP 80008 - 93213 La Plaine Saint-Denis Cedex.

Le devis de votre dentiste doit comporter les indications suivantes :

- ✓ Les codes CCAM pour les soins envisagés,
- ✓ La base de remboursement et le taux de prise en charge de la Sécurité Sociale pour ces soins.

8.1.5. Réseau de professionnels de santé

La Mutuelle Santé Eiffage Energie est adhérente à Kalixia, réseau d'optique, d'audioprothèse et d'ostéopathie, qui vous permet de bénéficier d'équipements ou de prestations de qualité à des prix négociés, et de bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels adhérents au réseau Kalixia en optique et en audioprothèse.

Pour localiser les professionnels de santé du réseau Kalixia proches de chez vous, connectez-vous à votre Espace Adhérent (recherche d'un professionnel Kalixia).



Pour ce qui est de l'optique, que votre opticien soit adhérent ou non au réseau Kalixia, c'est lui qui effectue directement ces démarches. Il vous informera des conditions de remboursements et des montants.



Dès lors que votre audioprothésiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.



Accès à des ostéopathes sélectionnés sur des critères de qualité, normalisation et dématérialisation de la note d'honoraires, modération tarifaire

8.1.6. Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros et consultable sur le site internet de la Mutuelle dans votre espace adhérent.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Dans le cas de prestations versées indus, la mutuelle se réserve le droit de réimputer le montant sur le ou les prochain(s) remboursement(s).

8.2 Contrôle

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation des pièces complémentaires, y compris médicales.

Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après le paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les soins concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

8.3 Fausses déclarations

Les déclarations faites, tant par l'employeur que par l'adhérent, servent de base à la garantie. La Mutuelle peut à tout moment, faire procéder à la vérification sur place de l'exactitude des documents produits par l'employeur ou par l'adhérent, tant à l'appui de son adhésion et du virement des cotisations, qu'à l'occasion de l'ouverture d'un droit à prestations, notamment par la consultation du registre du personnel et des écritures comptables.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Chapitre 3 • Autres garanties

Article 9 • Garanties assistance



Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient également d'une garantie d'assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex – numéro LEI 969500YZ86NRBOATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur en annexe 3.

Article 10 • Garanties décès

Lorsque le tableau descriptif de garanties le prévoit, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient d'une garantie décès.

La prestation garantit aux membres participants le versement d'une prestation du membre participant et, le cas échéant, celles d'un ayant-droit du membre participant tel que décrit en annexe 4 de la présente notice.

En cas de décès d'un bénéficiaire, le versement de la prestation est conditionné à ce que ce dernier soit encore affilié au contrat au moment du décès.

La garantie décès a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de son assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de KLESIA'MUT (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 529 168 007, dont le siège social se situe : 4 rue Georges Picquart 75017 Paris) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Chapitre 4 • Cotisations

Article 11 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants sont précisés dans les conditions particulières du contrat. Elles sont déterminées en fonction de la composition familiale choisie par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

Seule la cotisation de l'adhérent bénéficie de la participation de l'employeur. Les cotisations correspondant à la couverture facultative des ayants droit sont entièrement à la charge de l'adhérent.

Article 12 • Evolution de la cotisation

12.1 Révision de la cotisation

En cas de modifications d'ordre conventionnel, réglementaire ou législatif modifiant la portée des engagements de la Mutuelle, les cotisations peuvent être révisées, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions. Cette révision peut notamment tenir compte :

- ✓ De l'assujettissement éventuel à de nouvelles taxes, contributions applicables aux Mutuelles ou des modifications apportées à ces taxes ou contributions,
- ✓ De l'évolution des taux de prise en charge par le régime obligatoire, des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier,
- ✓ De l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

12.2 Revalorisation

Les cotisations évoluent par ailleurs à chaque échéance annuelle en fonction d'une part, du résultat technique global constaté par la Mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif, du résultat technique propre à chaque contrat ou famille de contrats, de modifications intervenues dans la démographie de la catégorie assurable du contrat visé, et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

Article 13 • Paiement de la cotisation

13.1 Règlement de la cotisation

La cotisation correspondant à la couverture obligatoire de l'adhérent est prélevée sur son salaire par l'employeur.

Elle est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations (précompte de la cotisation) et suivant les modalités définies au contrat collectif.

Les cotisations correspondant à la couverture facultative des ayants droit et aux maintiens facultatifs des garanties sont payées directement par l'adhérent auprès de la Mutuelle par prélèvement automatique sur compte bancaire.

13.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- ✓ De supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées,
- ✓ D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure),
- ✓ D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

13.3 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement par le souscripteur ou par l'adhérent de sa part de cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle au souscripteur ou à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation.

Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur ou l'adhérent n'a pas réglé sa part de cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, en cas de défaut de paiement par le souscripteur, la Mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement. À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée.

Chapitre 5 • Dispositions diverses

Article 14 • Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite du tableau descriptif de garanties et dans le respect des obligations de prise en charge définies à l'article Contrats solidaires et responsables.

14.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

14.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

14.3 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la Mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 15 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat se prescrit par **deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ✓ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- ✓ En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à **dix ans** lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil) que sont :

- ✓ La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- ✓ La demande en justice, même en référé, ou portée devant une juridiction incompétente
- ✓ Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par :

- ✓ la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- ✓ L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique), adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- ✓ L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique), adressée par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du code des postes et télécommunications électroniques.

Article 16 • Élection de domicile

Pour la souscription et l'exécution du contrat, les parties conviennent d'élire domicile en leurs sièges sociaux respectifs. Si le souscripteur a son siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, il doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 17 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle ou sur le bulletin d'adhésion.

Article 18 • Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest CS 92459, 75 436 Paris cedex 09.

Article 19 • Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

Enfin, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur de la Mutualité Française dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à son interlocuteur habituel ou à la Mutuelle.

Il peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15.
- Par voie électronique sur le site du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Article 20 • Protection des données à caractère personnel

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la Mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la Mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements

contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Conformément au Règlement n° 2016/679 du 27 avril 2016, dit Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi informatique et libertés ») la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel de ses adhérents et de leurs ayants droit dont elle est responsable.

La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour le recouvrement et le contentieux son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

20.1 Durée de conservation

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

20.2 Finalités de traitements

Le traitement des données à caractère personnel est nécessaire, selon les traitements réalisés pour les finalités suivantes :

- ✓ La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants droit éventuels pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé. Ce traitement se fonde sur l'exécution du contrat,
- ✓ L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle de garder des preuves en cas de réclamation et de litige,
- ✓ L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle pour l'amélioration de ses services,
- ✓ L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle,
- ✓ La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme dont le traitement repose sur l'intérêt légal pour la Mutuelle,
- ✓ L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent. Ce traitement se fonde sur l'exécution des mesures précontractuelles de la part de la Mutuelle,
- ✓ La proposition de services complémentaires dispensés par la Mutuelle,
- ✓ Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

20.3 Données personnelles

Les données personnelles identifiées sur le bulletin d'adhésion sont obligatoires. Le défaut de fourniture des données obligatoires aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent, ses ayants droit éventuels peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle, étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, est susceptible de solliciter l'adhérent, ses ayants droit éventuels pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier.

Les informations recueillies par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion font l'objet d'un traitement automatisé pour permettre la gestion de votre adhésion et notamment le remboursement automatisé de vos prestations de soins.

20.4 Destinataires des données personnelles

Les destinataires des données de l'adhérent, de leurs ayants droit éventuels, peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées, le personnel de la Mutuelle ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités. Les données à caractère personnel collectées peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, d'une demande émanant des impôts, d'un juge, ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions

légales.

La Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

20.5 Transfert en dehors de l'Union Européenne

La Mutuelle n'opère pas de transfert de données hors UE. En cas de transfert des données personnelles hors de l'Union Européenne, la Mutuelle prendra les garanties appropriées, notamment contractuelles, afin d'assurer la protection de vos données et la conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles. Pour plus d'informations sur les garanties appropriées qui seraient alors mises en place, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données aux coordonnées indiquées ci-après.

20.6 Vos droits relatifs à la protection des données personnelles

Conformément aux dispositions de la Loi n° 78-17 dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'adhérent et leurs ayants droit éventuels disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. L'adhérent et ses ayants droit éventuels peuvent également, pour des motifs légitimes, limiter le traitement des données les concernant. Ils ont la possibilité de s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données pour des raisons tenant à leur situation particulière et, lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à se justifier. Par ailleurs, l'adhérent et ses ayants droit éventuels ont la possibilité de définir des directives post mortem en précisant à la Mutuelle la manière dont ils entendent que soient exercés leurs droits après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit éventuels peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Ces droits peuvent être exercés auprès du Data Protection Officer (DPO) par courriel à l'adresse vyv-partenariat-dpo@groupe-vyv.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Mutuelle Santé Eiffage Energie - 117 rue du Landy - BP 80008 - 93213 La Plaine Saint-Denis Cedex.

L'adhérent et leurs ayants droit éventuels peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), Service des plaintes, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07

Par la signature du bulletin d'adhésion, les adhérents acceptent expressément que les données les concernant leur soient transmises.

Annexe 1 – Tableau des garanties

Régime général - Tableau des garanties 2025

Garantie dite "responsable"

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

Les garanties de la Mutuelle Santé Eiffage Energie sont exprimées soit en pourcentage de la base de remboursement du Régime général de la Sécurité sociale, soit en euros ou une combinaison des deux.

Les forfaits exprimés en euros s'entendent par assuré et par année civile, sauf indication spécifique.

Les remboursements de la Mutuelle interviennent en complément de celui du RO lorsque le taux RO est indiqué dans le tableau, dans la limite des frais réellement engagés et dans les conditions définies dans la notice d'information. Le régime **répond aux exigences de la réglementation relative aux contrats « solidaires et responsables »** (articles L 871-1, R. 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Le régime ne prend pas en charge les participations forfaitaires et franchises (Art L.160-13 du code de la Sécurité sociale) et les majorations du ticket modérateur pour les actes **effectués hors du parcours de soins**.

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Hospitalisation³ (Y compris maternité)				
Honoraires				
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens adhérents de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	100% BR	300% BR	-	400% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens non adhérents de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	100% BR	100% BR	-	200% BR
Frais de séjour				
En secteur conventionné	80% BR	20% BR	-	100% BR
En secteur non conventionné	80% BR	20% BR	-	100% BR
Participation forfaitaire pour actes lourds	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (illimité dans la durée)	-	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (avec ou sans nuitée) dans la limite de 45 jours par an	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Frais d'accompagnement enfant moins de 12 ans (dans la limite de 20 nuits par an)	-	-	20 € par nuit	20 € par nuit
Transport				
Transport : Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% BR	45% BR	100% BR	200% BR
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites médecin généraliste ou spécialiste signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	270% BR	370% BR
Consultations et visites médecin généraliste ou spécialiste non-signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR
Sages femmes	70% BR	30% BR	260% BR	360% BR
Actes techniques médicaux				
Actes techniques médicaux de praticiens signataires de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	270% BR	370% BR
Actes techniques médicaux de praticiens non-signataires de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Actes d'imagerie médicale, échographie				
Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	270% BR	370% BR
Médecin non-signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	70% BR	30% BR	100% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux : Infirmiers, psychologues, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% BR	40% BR	270% BR	370% BR
Dispositif Mon soutien Psy : consultation de Psychologue conventionné par la Sécurité sociale (dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire) ⁵	60% BR	40% BR	-	100% BR
Participation forfaitaire pour actes lourds	-	-	Frais réels	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire				
Prélèvement et analyse	60% BR	40% BR	260% BR	360% BR
Anatomocytopathologie	70% BR	30% BR	260% BR	360% BR
Pharmacie				
Médicaments Service médical rendu important	65% BR	35% BR	-	100% BR
Médicaments Service médical rendu modéré	30% BR	70% BR	-	100% BR
Médicaments Service médical rendu faible	15% BR	85% BR	-	100% BR
Vaccins prescrits et remboursés par la Sécurité sociale	30 ou 65% BR	35 ou 70 % BR	-	100% BR
Vaccin anti-grippal ⁶	-	-	8 €	8 €
Matériel médical				
Orthopédie, orthèse, petit appareillage	60% BR	40% BR	200% BR	300% BR
Grand appareillage	100% BR	-	200% BR	300% BR
Soins à l'étranger⁷				
Soins réalisés ou produits et prestations délivrés à l'étranger remboursés par le Régime obligatoire français	Idem soin en France	Idem soin en France	Idem soin en France	Idem soin en France
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	70% BR	30% BR	-	100% BR
Forfait thermal, hébergement	65% BR	35% BR	-	100% BR
Transport	55% BR	45% BR	-	100% BR
Dentaire⁸				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé⁹				
Soins et prothèses dentaires 100% santé	60%	Frais réels - 60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	
Soins et prothèses hors 100 % Santé				
Les prothèses dentaires hors 100% santé, les soins de parodontologie et l'implantologie sont remboursés comme indiqué ci-après dans la limite d'un plafond annuel commun de 2 500 € par an et par bénéficiaire. Au-delà de cette limite, prise en charge à hauteur de 100% BR pour les soins dentaires et 125% BR pour les soins d'orthodontie et les soins prothétiques remboursés par la Sécurité sociale				
Soins dentaires	60% BR	40% BR	260% BR	360% BR
Prothèses				
Panier maîtrisé Dans la limite des honoraires limites de facturation tels que définis réglementairement				
Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	60% BR	40% BR	460% BR	560% BR

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	60% BR	40% BR	460% BR	560% BR
Panier libre Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement				
Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	60% BR	40% BR	460% BR	560% BR
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	60% BR	40% BR	460% BR	560% BR
Orthodontie				
Remboursée par la Sécurité sociale	60% BR ou 100% BR	40% BR	300% BR	400% BR
Actes non remboursés par la Sécurité sociale				
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-	-	250 €	250 €
Implant dentaire (par an et par bénéficiaire)	-	-	700 €	700 €
Pilier dentaire (par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	300 €
Optique Equipement (1 monture + 2 verres)				
<i>Limité à un équipement pour un adulte (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas d'évolution de la vue, à compter de la date d'acquisition. Limité à un équipement pour un enfant de moins de 16 ans par an, à compter de la date d'acquisition, revue à 6 mois pour un enfant de moins de 6 ans en cas de perte d'efficacité des verres due à l'inadaptation de la monture à la morphologie du visage.</i>				
Equipement 100% santé (classe A)⁹				
Monture	60% BR	Frais réels - 60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
Verres (tous types de correction)	60% BR	Frais réels - 60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
Appairage, adaptation et supplément pour verre avec filtre	60% BR	Frais réels - 60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	
Equipements ou élément d'équipement à tarifs libres – Classe B (hors 100% santé)^{10 11 12}				
Equipement Adulte				
Monture + 2 verres simples	60% BR	350€ dont 100€ maximum pour la monture	RO + 350€ dont 100€ maximum pour la monture	
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	60% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture	RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture	
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	60% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture	RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture	
Monture + 2 verres complexes	60% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture	RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture	
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	60% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture	RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture	
Monture + 2 verres très complexes	60% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture	RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture	
Equipement Enfant (- de 16 ans)				
Monture + 2 verres simples	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture	RO + 220€ dont 80€ maximum pour la	

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
				monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	60% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Autres prestations				
Filtre, prisme et adaptation de la prescription	60% BR	40% BR	-	100% BR
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	60% BR	40% BR	-	100% BR
Lentilles non remboursées – forfait annuel par bénéficiaire et dans la limite de 2 factures/an / bénéficiaire	-	-	75 €	75 €
Acte de chirurgie des yeux non pris en charge par la Sécurité sociale ¹³			750 €/œil/an	750 €/œil/an
Aides auditives Renouvellement par appareil tous les 4 ans				
Equipement 100% santé - Classe I⁹ (y compris remboursement de la Sécurité sociale)				
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de 20 ans et plus	60% BR	Frais réels – 60% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité quel que soit leur âge	60% BR	Frais réels – 60% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Equipement hors 100% santé (panier libre) – Classe II (dans la limite de 1700€ par appareil (hors accessoires) y compris remboursement de la Sécurité sociale)				
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de 20 ans et plus	60% BR	40% BR	1000 € / oreille	100 % BR + 1000 € / oreille
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité ¹⁴ quel que soit leur âge	60% BR	40% BR	300 € / oreille	100 % BR + 300 € / oreille
Piles	60% BR	40% BR	200% BR	300% BR
Accessoires (embouts, cornet, micro), réparation	60% BR	40% BR	-	100% BR
Médecines alternatives				
Actes d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, pédicure/podologue Forfait par séance dans la limite de 2 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues	-	-	30 €/ séance / bénéf.	30 €/ séance/ bénéf.
Prévention				
Actes de prévention / Dépistage pris en charge par l'AMO (Art. L 871- 1 du code de la sécurité sociale) ¹⁵	60 ou 70% BR	40 ou 30% BR	-	100% BR

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	-	100% BR
Garantie supplémentaire				
Garantie Décès ¹⁶	-	-	1 144 €	1 144 €
Assistance¹⁷				
<p style="text-align: center;">Vous bénéficiez de l'assistance de la Mutuelle pour vous accompagner à chaque moment important de la vie :</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <ul style="list-style-type: none"> ✓ Écoute, conseil et orientation ✓ Accompagnement psycho-social ✓ Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation ✓ Prestations en soutien à la paternité et à la parentalité ✓ Accompagnement des patients souffrant d'un cancer ✓ Accompagnement en cas de handicap ✓ Accompagnement des aidants ✓ Assistance en cas de décès </div> <p style="text-align: center;">Les coordonnées de l'assistance sont disponibles sur votre carte de tiers payant et sur le site internet de la Mutuelle.</p>				

¹ Les remboursements indiqués sont ceux du Régime général de la Sécurité sociale. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

² TM : Ticket modérateur représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement du RO et avant déduction des participations forfaitaires.

³ Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et à celles dans des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS).

⁴ Dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM / OPTAM-ACO (en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM – ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à votre disposition.

⁵ Séances effectuées par un psychologue agréé et conventionné par la Sécurité sociale. La liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.ameli.fr

⁶ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

⁷ Le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française et qui figure dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'AMO française.

⁸ Pour les soins et les soins prothétiques dentaires, seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge.

⁹ Le dispositif «100% santé » vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un traitement «100% santé » et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé », alors vos remboursements se feront dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

¹⁰ Dans la double limite de la dépense et des plafonds et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, l'appairage et les verres avec filtre ne sont pas pris en charge en dehors du panier de soins du 100% Santé.

¹¹ Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

¹² Lentilles correctrices non remboursées par le régime obligatoire à l'exclusion des lentilles de couleur et des produits d'entretien.

¹³ Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

¹⁴ La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^e après correction.

¹⁵ La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

¹⁶ Le descriptif de la garantie et les modalités de paiement de la prestation sont décrits dans la notice d'assistance en annexe 3 de la notice d'information du Contrat collectif à adhésion obligatoire.

¹⁷ Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont décrites dans la notice d'assistance en annexe 2 de la notice d'information du Contrat collectif à adhésion obligatoire.

Régime local Alsace Moselle - Tableau des garanties 2025

Garantie dite "responsable"

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Hospitalisation³ (Y compris maternité)				
Honoraires				
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens adhérents de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	100% BR	300% BR	-	400% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens non adhérents de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	100% BR	100% BR	-	200% BR
Frais de séjour				
En secteur conventionné	100% BR	-	-	100% BR
En secteur non conventionné	100% BR	-	-	100% BR
Participation forfaitaire pour actes lourds	Frais réels	-	-	Frais réels
Forfait Patient Urgences	Frais réels	-	-	Frais réels
Forfait journalier hospitalier (illimité dans la durée)	Frais réels	-	-	Frais réels
Chambre particulière (avec ou sans nuitée) dans la limite de 45 jours par an	-	-	60 € par jour	60 € par jour
Frais d'accompagnement enfant moins de 12 ans (dans la limite de 20 nuits par an)	-	-	20 € par nuit	20 € par nuit
Transport				
Transport : Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	-	100% BR	200% BR
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites médecin généraliste ou spécialiste signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	270% BR	370% BR
Consultations et visites médecin généraliste ou spécialiste non-signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	100% BR	200% BR
Sages femmes	90% BR	10% BR	260% BR	360% BR
Actes techniques médicaux				
Actes techniques médicaux de praticiens signataires de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	270% BR	370% BR
Actes techniques médicaux de praticiens non-signataires de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	100% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, échographie				
Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	270% BR	370% BR
Médecin non-signataire de l'OPTAM/OPTAM ACO ⁴	90% BR	10% BR	100% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux : Infirmiers, psychologues, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	90% BR	10% BR	270% BR	370% BR
Dispositif Mon soutien Psy : consultation de Psychologue conventionné par la Sécurité sociale (dans la limite de 12 séances par an et par	90% BR	10% BR	-	100% BR

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
bénéficiaire) ⁵				
Participation forfaitaire pour actes lourds	Frais réels	-	-	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire				
Prélèvement et analyse	90% BR	10% BR	260% BR	360% BR
Anatomocytopathologie	90% BR	10% BR	260% BR	360% BR
Pharmacie				
Médicaments Service médical rendu important	90% BR	10% BR	-	100% BR
Médicaments Service médical rendu modéré	80% BR	20% BR	-	100% BR
Médicaments Service médical rendu faible	15% BR	85% BR	-	100% BR
Vaccins prescrits et remboursés par la Sécurité sociale	80 ou 90% BR	20 ou 10 % BR	-	100% BR
Vaccin anti-grippal ⁶	-	-	8 €	8 €
Matériel médical				
Orthopédie, orthèse, petit appareillage	90% BR	10% BR	200% BR	300% BR
Grand appareillage	100% BR	-	200% BR	300% BR
Soins à l'étranger⁷				
Soins réalisés ou produits et prestations délivrés à l'étranger remboursés par le Régime obligatoire français	Idem soin en France	Idem soin en France	Idem soin en France	Idem soin en France
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	90% BR	10% BR	-	100% BR
Forfait thermal, hébergement	65% BR	35% BR	-	100% BR
Transport	100% BR	-	-	100% BR
Dentaire⁸				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé⁹				
Soins et prothèses dentaires 100% santé	90%	Frais réels - 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Soins et prothèses hors 100 % Santé				
Les prothèses dentaires hors 100% santé, les soins de parodontologie et l'implantologie sont remboursés comme indiqué ci-après dans la limite d'un plafond annuel commun de 2 500 € par an et par bénéficiaire . Au-delà de cette limite, prise en charge à hauteur de 100% BR pour les soins dentaires et 125% BR pour les soins d'orthodontie et les soins prothétiques remboursés par la Sécurité sociale				
Soins dentaires	90% BR	10% BR	260% BR	360% BR
Prothèses				
Panier maîtrisé Dans la limite des honoraires limites de facturation tels que définis réglementairement				
Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	90% BR	10% BR	460% BR	560% BR
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	90% BR	10% BR	460% BR	560% BR
Panier libre Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale, tels que définis réglementairement				
Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	90% BR	10% BR	460% BR	560% BR
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	90% BR	10% BR	460% BR	560% BR
Orthodontie				
Remboursée par la Sécurité sociale	90% BR ou 100% BR	10% BR	300% BR	400% BR
Actes non remboursés par la Sécurité sociale				
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-	-	250 €	250 €

Actes	Remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ¹	Remboursement Mutuelle Santé Eiffage Energie		Total (y compris RO)
		TM ² dans la limite de	Dépassement dans la limite de	
Implant dentaire (par an et par bénéficiaire)	-	-	700 €	700 €
Pilier dentaire (par an et par bénéficiaire)	-	-	300 €	300 €
Optique				
Equipement (1 monture + 2 verres)				
<i>Limité à un équipement pour un adulte (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas d'évolution de la vue, à compter de la date d'acquisition. Limité à un équipement pour un enfant de moins de 16 ans par an, à compter de la date d'acquisition, revue à 6 mois pour un enfant de moins de 6 ans en cas de perte d'efficacité des verres due à l'inadaptation de la monture à la morphologie du visage.</i>				
Equipement 100% santé (classe A)⁹				
Monture	90% BR	Frais réels - 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Verres (tous types de correction)	90% BR	Frais réels - 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Appairage, adaptation et supplément pour verre avec filtre	90% BR	Frais réels - 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Equipements ou élément d'équipement à tarifs libres – Classe B (hors 100% santé)^{10 11 12}				
Equipement Adulte				
Monture + 2 verres simples	90% BR	350€ dont 100€ maximum pour la monture		RO + 350€ dont 100€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	90% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture		RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	90% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture		RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	90% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture		RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	90% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture		RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	90% BR	550 € dont 100€ maximum pour la monture		RO + 550€ dont 100€ maximum pour la monture
Equipement Enfant (- de 16 ans)				
Monture + 2 verres simples	90% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	90% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	90% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	90% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très	90% BR	220 € dont 80€ maximum		RO + 220€ dont 80€

complexe		pour la monture		maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	90% BR	220 € dont 80€ maximum pour la monture		RO + 220€ dont 80€ maximum pour la monture
Autres prestations				
Filtre, prisme et adaptation de la prescription	90% BR	10% BR	-	100%
Lentilles remboursées par la sécurité sociale	90% BR	10% BR	-	100%
Lentilles non remboursées – forfait annuel par bénéficiaire et dans la limite de 2 factures/an / bénéficiaire	-	-	75 €	75 €
Acte de chirurgie des yeux non pris en charge par la Sécurité sociale ¹³			750 €/œil/an	750 €/œil/an
Aides auditives Renouvellement par appareil tous les 4 ans				
Equipement 100% santé - Classe I⁹ (y compris remboursement de la Sécurité sociale)				
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de 20 ans et plus	90% BR	Frais réels – 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité quel que soit leur âge	90% BR	Frais réels – 90% BR		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Equipement hors 100% santé (panier libre) – Classe II (dans la limite de 1700€ par appareil (hors accessoires) y compris remboursement de la Sécurité sociale)				
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de 20 ans et plus	90% BR	10% BR	1000 € / oreille	100 % BR + 1000 € / oreille
Aides auditives - Bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité ¹⁴ quel que soit leur âge	90% BR	10% BR	300 € / oreille	100 % BR + 300 € / oreille
Piles	90% BR	10% BR	200% BR	300% BR
Accessoires (embouts, cornet, micro), réparation	90% BR	10% BR	-	100% BR
Médecines alternatives				
Actes d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététicien, pédicure/podologue Forfait par séance dans la limite de 2 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues	-	-	30 €/ séance / bénéf.	30 €/ séance / bénéf.
Prévention				
Actes de prévention / Dépistage pris en charge par l'AMO (Art. L 871- 1 du code de la sécurité sociale) ¹⁵	90% BR	10% BR	-	100% BR
Ostéodensitométrie	90% BR	10% BR	-	100% BR
Garantie supplémentaire				
Garantie Décès ¹⁶	-	-	1 144 €	1 144 €
Assistance¹⁷				

Vous bénéficiez de l'assistance de la Mutuelle pour vous accompagner à chaque moment important de la vie :



- ✓ Écoute, conseil et orientation
- ✓ Accompagnement psycho-social
- ✓ Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation
- ✓ Prestations en soutien à la paternité et à la parentalité
- ✓ Accompagnement des patients souffrant d'un cancer
- ✓ Accompagnement en cas de handicap
- ✓ Accompagnement des aidants
- ✓ Assistance en cas de décès

Les coordonnées de l'assistance sont disponibles sur votre carte de tiers payant et sur le site internet de la Mutuelle.

¹ Les remboursements indiqués sont ceux du Régime local Alsace Moselle. Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.

² TM : Ticket modérateur représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement du RO et avant déduction des participations forfaitaires.

³ Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et à celles dans des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS).

⁴ Options de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM / OPTAM-ACO (en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM – ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est la disposition de tous.

⁵ Séances effectuées par un psychologue agréé et conventionné par la Sécurité sociale. La liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.ameli.fr

⁶ Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

⁷ Le remboursement se fait sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française et qui figure dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'AMO française.

⁸ Pour les soins et les soins prothétiques dentaires, seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge.

⁹ Le dispositif «100% santé » vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un traitement «100% santé » et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé », alors vos remboursements se feront dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

¹⁰ Dans la double limite de la dépense et des planchers et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, l'appairage et les verres avec filtre ne sont pas pris en charge en dehors du panier de soins du 100% Santé.

¹¹ Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

¹² Lentilles correctrices non remboursées par le régime obligatoire à l'exclusion des lentilles de couleur et des produits d'entretien.

¹³ Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

¹⁴ La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20° après correction.

¹⁵ La prise en charge porte sur tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale (liste disponible sur ameli.fr).

¹⁶ Le descriptif de la garantie et les modalités de paiement de la prestation sont décrits dans la notice d'assistance en annexe 3 de la notice d'information du Contrat collectif à adhésion obligatoire.

¹⁷ Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont décrites dans la notice d'assistance en annexe 2 de la notice d'information du Contrat collectif à adhésion obligatoire.

Lexique

Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) : tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

Franchise médicale : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les boîtes de médicaments (1 €), les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4 €). Elle n'est pas prise en charge par la Mutuelle.

Forfait journalier hospitalier : montant forfaitaire restant à la charge de l'assuré en cas d'hospitalisation. Il correspond aux frais liés à l'hospitalisation. Pour le régime local Alsace- Moselle, ce forfait est intégralement pris en charge par le RO.

Forfait Patient Urgences : somme due par le patient pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale et est pris en charge intégralement par la Mutuelle. Pour le régime local Alsace- Moselle, ce forfait est intégralement pris en charge par le RO.

Participation forfaitaire sur les actes dits « lourds » : somme qui reste à la charge de l'assuré sur certains actes. Cette participation forfaitaire s'applique sur tous les actes pratiqués, en ville ou en établissement de santé, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €. Ce forfait est pris en charge intégralement par la Mutuelle. Pour le régime local Alsace- Moselle, ce forfait est intégralement pris en charge par le RO.

Nomenclature : codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Option de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM / OPTAM-ACO (en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans les conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est la disposition de tous.

Parcours de soins : obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par leur médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste. Le non-respect du parcours de soins engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par la Mutuelle.

Participation forfaitaire de 2 € : somme laissée à la charge de l'assuré pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Elle n'est pas prise en charge par la Mutuelle.

Reste à charge : part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale et la Mutuelle.

Secteur conventionné : Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Secteur non conventionné : Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif d'autorité (TA).

Tarif d'autorité (TA) : tarif forfaitaire servant de base de remboursement lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.

Ticket modérateur (TM) : participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. C'est la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant réellement remboursé par celle-ci. La participation forfaitaire n'entre pas en compte dans le calcul de cette différence.

Tiers Payant : sur présentation de sa carte de Tiers Payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la Mutuelle.

Exemples de remboursement

Document non contractuel, fourni à titre d'information

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	60 € par jour	Non connu
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835, 60 €	811, 60 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271, 70 €	271, 70 €	162, 30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271, 70 €	271, 70 €	201,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832, 80 €	708, 20 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €* 	30 % BR	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €**	30 €**	19 €**	9 €	2 € de participation forfaitaire*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €**	35 €**	24,50 €**	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37 €**	37 €**	23,90 €**	11, 10 €	2 € de participation forfaitaire*
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €* 	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire* plus dépassement selon contrat

Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €**	24,50 €**	25,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €**	23,90 €**	28,10 €	2 €
Honoraires médecins secteur 2 (Non adhérents OPTAM ou OPTAM-ACO)	Honoraires libres	BR	70% BR – 2 €*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire*, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	29,90 €	16 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	29,90 €	23 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0 €

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€

** Tarifs en vigueur issus de la convention médicale signée le 4 juin 2024 et publiée au JORF du 21 juin 2024

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	485 €	0 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	707 €	193,50 €	193,50 €	513,50 €	0 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0 €
Ex : Verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR +	Selon contrat

				dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	
Ex : verres simples + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 € monture	124,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	16 €
Ex : verres progressifs + monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 € monture	224,97 € (par verre) + 99,97 € (monture)	82 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	2 factures par an de 75 € maxi chacune	Non connu
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursé	Non remboursé	750 € maxi par œil et par an	Non connu

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	1 000 €	342 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Annexe 2 – Notice assistance



Garantie d'assistance

NOTICE D'INFORMATION
AU 01/01/2022

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.

▶ DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance à domicile en France ou dans les DROM dont bénéficie :

- toute personne domiciliée en France ou dans les DROM ayant adhéré à la Mutuelle Santé Eiffage Energie et à un règlement mutualiste santé ou à un contrat collectif santé, dénommée « l'Adhérent » ;
- et le cas échéant, ses ayants droit tels que définis ci-dessous.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties frais de santé de la Mutuelle Santé Eiffage Energie.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle Santé Eiffage Energie, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile pour les prestations "Transfert médical" et « Rapatriement de corps » en cas de décès en France métropolitaine d'un Bénéficiaire résidant dans les DROM).

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

**Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivant et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une grossesse pathologique,
- une maternité,
- une immobilisation,
- la parentalité,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- le décès en France métropolitaine d'un Bénéficiaire résidant dans les DROM.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

par téléphone :

▶ N°Cristal 09 69 32 94 26

APPEL NON SURTAXE

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, par téléphone : 00 33 969 32 94 26
Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.

Pour le rapatriement de corps en cas de décès en France métropolitaine d'un Bénéficiaire résidant dans les DROM, le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande. Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'Adhérent sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que

notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire, on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent. En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une grossesse pathologique,
- une maternité,
- une immobilisation,
- la parentalité,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- le décès en France métropolitaine d'un Bénéficiaire résidant dans les DROM.

Forfait Connectivité : en plus des prestations d'assistance, l'Assisteur vous propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé l'établissement de soins. **Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en maternité, en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermique.**

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité, aides déjà en place...).

Immunothérapie : traitement destiné à augmenter ou à provoquer l'immunité de l'organisme par l'injection d'anticorps ou d'antigènes.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie, radiothérapie ou immunothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.



ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteuse peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

L'Assisteuse peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre : **Réglementaire** :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteuse ne pourra être tenue responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation)

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteuse, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1.BENEFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteuse communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteuse peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteuse. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres. Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

C. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteuse propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteuse conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

D. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lors du décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),

- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteuse ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).



ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perde d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteuse propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels ne sont pas limités. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

L'Assisteuse s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.



PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ OU D'IMMOBILISATION

16. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteuse organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteuse évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité et pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteuse met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 30 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteuse.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteuse organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteuse organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteuse se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteuse organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours. **Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.**

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

18. FORFAIT CONNECTIVITÉ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES (HORS MATERNITÉ ET SSR)

En plus des prestations d'assistance, l'Assisteur vous propose, en cas d'Hospitalisation de plus de 24 heures, la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé l'établissement de soins, avec un plafond journalier de 5 euros TTC /jour pour une durée maximale de 30 jours.

Les demandes de remboursement doivent être adressées au plus tard dans les 2 mois suivant l'hospitalisation par mail à connectivite@rmassistance.fr ou par voie postale à Plateforme d'assistance SANTE EIFFAGE ENERGIE - Forfait connectivité - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex accompagnées de :

- la copie de la facture ou du justificatif des frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe et/ou à Internet,
- la copie du bulletin d'hospitalisation,
- la copie de votre carte d'Adhérent mutualiste, (en indiquant si c'est le cas le numéro de dossier qui vous a été attribué par l'Assisteur).

Les dossiers incomplets ne pourront faire l'objet d'un remboursement.

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en maternité, en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

19. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance SANTE EIFFAGE ENERGIE - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répéteur.

20. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer

l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,

- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

21. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN SOUTIEN A LA MATERNITÉ ET PARENTALITÉ

22. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

23. MISE A DISPOSITION D'UN INTERVENANT QUALIFIÉ EN CAS DE MATERNITÉ

En cas de maternité, l'Assisteur missionne un intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, sage-femme ou technicienne d'intervention sociale et familiale) auprès de la famille, à raison de 4 heures maximum dans les 15 jours qui suivent le retour au domicile.

24. EN CAS DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE

A. AIDE À DOMICILE

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'Assisteur organise et prend en charge une aide à domicile afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 12 heures à raison d'un maximum de 4 heures par semaine avant les congés pathologiques légaux ou en tout état de cause avant l'accouchement.

Un certificat médical attestant de l'état de grossesse pathologique sera demandé avant le déclenchement de la prestation.

Cette prestation ne peut se cumuler avec la prestation prévue à l'article : « 17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS a) Aide à domicile ».

B. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS SANS LIMITE D'ÂGE

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours à domicile médicalement constatée due à une grossesse pathologique, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant l'immobilisation. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Un certificat médical attestant de l'état de grossesse pathologique sera demandé avant le déclenchement de la prestation.

25. EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 4 JOURS OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS DE LA « GARDE D'ENFANTS » HABITUELLE ET SALARIÉE

Si le Bénéficiaire a des enfants âgés de moins de 7 ans et que la personne salariée assurant leur garde habituelle est hospitalisée de manière imprévue plus de 4 jours ou immobilisée de manière imprévue et médicalement constatée plus de 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours, à raison de 8 heures par jour pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation.

En lieu et place de la prestation de garde d'enfant définie ci-dessus, l'Assisteur peut organiser et prendre en charge :

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être envoyée avant le déclenchement de la prestation et justifiée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical indiquant l'incapacité de la garde d'enfants salariée de prendre en charge la garde des enfants suite à son immobilisation. Ce justificatif doit être adressé par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'assistance SANTE EIFFAGE ENERGIE - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES SUIVIS EN ONCOLOGIE

26. À L'ANNONCE DE LA MALADIE

À l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller suite à cette annonce.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

À l'annonce de la maladie, l'Assisteur propose, en complément du dispositif d'annonce mis en place dans les établissements de soins, la mise en relation avec une autre équipe médicale qui pourra reprendre, au besoin, le vocabulaire spécifique des différents soignants ainsi que leurs rôles et donner son avis sur la nature des examens prescrits.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

L'Assisteur propose un accompagnement psychologique sous forme d'entretiens

téléphoniques confidentiels assurés par une équipe de psychologues.

À l'annonce de la maladie, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une écoute thérapeutique face aux appréhensions,
- une compréhension des mécanismes psychiques en jeu,
- une aide pour l'annonce du diagnostic aux proches.

L'Assisteur propose également un accompagnement pour de nouvelles habitudes de vie (addictions à un produit).

En complément, l'Assisteur prend en charge les frais annuels d'adhésion (sur justificatif) dans la limite de 150 euros TTC à une association choisie par le patient pour favoriser l'accès ou le maintien des liens sociaux durant la maladie.

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

L'Assisteur propose un accompagnement social sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels assurés par une équipe de travailleurs sociaux (Assistants de service social et Conseillers en Economie Sociale et Familiale (CESF).

À l'annonce de la maladie, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative,
- anticiper les conséquences sociales et financières de la maladie,
- favoriser l'organisation familiale en tenant compte des rendez-vous médicaux...

27. PENDANT LA DURÉE DU TRAITEMENT

Pendant la durée du traitement, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller tout au long du parcours de soins.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

Durant toute la durée du protocole de soins, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui délivrera de l'information quant à la nature et aux effets secondaires des traitements ainsi que les solutions possibles pour les atténuer.

L'Assisteur donne accès à un suivi nutritionnel adapté à la pathologie cancéreuse pour, selon les situations, prévenir la prise de poids ou la dénutrition et adapter le régime alimentaire en fonction des contraintes liées au traitement et à la maladie.

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge le portage de 3 à 5 repas après chaque séance de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie, prévue dans le protocole de soins, pendant la semaine qui suit le retour au domicile et à concurrence d'un maximum de 30 portages pendant toute la durée du traitement.

B. UN ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 4 fois 2 heures durant les 3 semaines qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie ou d'immunothérapie, à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 4 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

C. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la gestion des émotions,
- un soutien aux relations familiales,
- des séances de relaxation.

L'Assisteur propose un accompagnement par téléphone pour de nouvelles habitudes de vie (nutrition, activité physique adaptée).

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge 3 prestations de bien-être et de soutien dans la limite de 50 euros TTC par prestation pendant toute la durée du traitement. Ces prestations peuvent être des séances de coiffure à domicile, de pédicure, prestations de livraison de courses alimentaires, séances de coaching nutrition ou activité physique adaptée.

D. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

Durant toute la durée du protocole de soins, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions pour limiter les surcoûts liés à la maladie,
- organiser et rechercher les financements pour le soutien à la vie quotidienne,

- informer et soutenir les proches dans leurs droits en tant qu'aïdants.

En complément, l'Assisteur organise et prend en charge, pendant les séances de chimiothérapie, radiothérapie ou d'immunothérapie prévues dans le protocole de soins et quand cela est nécessaire, la garde des enfants à domicile à concurrence d'un maximum de 40 heures pendant toute la durée du traitement.

28. À LA FIN DU PROTOCOLE DE SOINS

Lorsque le protocole de soins est terminé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

À la fin du protocole de soins (rémission ou traitement de confort), l'Assisteur assure la mise en relation avec un médecin qui apportera des informations de prévention santé (reprise d'une activité physique adaptée, alimentation, sommeil).

En complément, l'Assisteur propose l'accès à un suivi nutritionnel pour adopter des habitudes alimentaires en prévention des facteurs de risque.

Enfin, l'Assisteur organise et prend en charge la reprise d'une activité physique adaptée après l'évaluation de notre spécialiste du coaching Santé. Un programme d'accompagnement à travers 10 entretiens motivationnels et un maximum de 3 séances de coaching Santé lui seront proposés, dans la limite de 50 euros TTC par coaching santé.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

À la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide au réinvestissement adapté de la vie familiale et sociale,
- un soutien pour appréhender le retour à la vie professionnelle,
- un accompagnement à l'adaptation au nouvel état de santé.

L'Assisteur propose également un soutien pour de nouvelles habitudes de vie (activité physique adaptée).

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif le coût d'un maximum de 3 séances de thérapie de groupe ou familiale dans la limite de 50 euros TTC par séance chez un professionnel référencé sur la liste ADELI.

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

À la fin des traitements curatifs (rémission ou traitement de confort), les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter le retour à l'emploi,
- réinvestir progressivement la vie familiale et sociale,
- faire valoir ses droits en cas d'invalidité ou de handicap.

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif le coût d'une activité de loisir participant à la reconstruction de soi et/ou à la vie sociale dans la limite de 3 séances et à hauteur 50 euros TTC par séance.

29. EN FIN DE VIE

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur propose au Bénéficiaire, en complément du dispositif mis en place dans l'établissement de soins, la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour l'accompagner et le conseiller.

A. UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL ADAPTÉ

En cas de pronostic vital engagé, l'Assisteur met à disposition un médecin qui expliquera les conditions de prise en charge palliative et des différents types d'hospitalisation possible. Des informations sur les traitements non médicamenteux pouvant agir sur l'état physique et moral du patient.

En complément, l'Assisteur prend en charge sur justificatif le coût de 3 séances auprès d'un professionnel de santé référencé sur la liste ADELI pour le Bénéficiaire dans la limite de 50 euros TTC par séance.

B. FAVORISER LE BIEN-ÊTRE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une aide à la verbalisation des émotions,
- des séances de relaxation,
- un accompagnement spécifique à destination des proches.

En complément, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par le Bénéficiaire, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet du Bénéficiaire; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus).

C. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA MALADIE

En cas de pronostic vital engagé, les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter l'adaptation du domicile,
- rechercher des financements pour des frais annexes à l'Hospitalisation à Domicile,
- informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou d'expression des souhaits du patient en fin de vie.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES HANDICAPÉES

30. PRESTATIONS D'INFORMATION ET D'ORIENTATION À CARACTÈRE SOCIAL

Ce service d'information et d'orientation à caractère social est à l'écoute du Bénéficiaire handicapé pour l'accueillir et l'orienter dans les domaines de l'autonomie, les aides, les ressources, l'invalidité, l'emploi, le statut, le droit des personnes.

Après évaluation, des informations sont délivrées au Bénéficiaire handicapé, soit pour obtenir des aides existantes, soit pour être orienté sur les démarches à effectuer. Ce conseil social est dispensé dans le cadre ou non des prestations d'assistance.

Dans le cadre d'une problématique de santé et en complément des prestations prévues dans la présente notice d'information, l'Assisteur peut rechercher et communiquer les numéros d'appels téléphoniques : des associations spécialisées ou organismes de référence dans l'aide et le conseil aux Bénéficiaires handicapés, afin de faire valoir ses droits (transport, suivi psychologique, médecins, aide aux parents, tourisme, loisirs) ; de structures spécialisées dans la vente et la location d'appareils pour personnes handicapées.

Ces prestations sont uniquement téléphoniques.

Aucune des informations dispensées par les équipes de l'Assisteur ne peut se substituer aux intervenants ou experts habituels ni ne pourra porter sur une procédure en cours.

31. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES OU EN CAS DE MATERNITÉ DU BÉNÉFICIAIRE HANDICAPÉ

Transfert et garde des animaux (chien guide ou chien d'assistance)

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures du Bénéficiaire handicapé visuel ou moteur disposant d'un chien guide ou d'un chien d'assistance, l'Assisteur organise et prend en charge le transfert de ce dernier ou sa garde pendant 30 jours maximum dans un centre agréé.

Cette prestation ne peut se cumuler avec la prestation de l'article « 17. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS » – e) Garde des animaux de compagnie ».

32. PRESTATIONS EN CAS DE MATERNITÉ DE LA BÉNÉFICIAIRE HANDICAPÉE

Dans le cadre de la maternité de la Bénéficiaire handicapée, l'Assisteur met à disposition un intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture, puéricultrice ou sage-femme...) au domicile pendant 8 heures maximum réparties dans les 30 jours suivant la naissance, afin d'accompagner la Bénéficiaire dans l'apprentissage des premiers gestes liés à la maternité.

33. PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SOUDAINE DE L'AIDANT DU BÉNÉFICIAIRE HANDICAPÉ

Aide aux démarches administratives

En cas d'accident ou de maladie soudaine entraînant une hospitalisation de plus de 24 heures ou une immobilisation de plus de 2 jours de l'aidant habituellement en charge des démarches administratives du Bénéficiaire handicapé, l'Assisteur organise et prend en charge la venue d'une aide pendant 8 heures maximum, au domicile du Bénéficiaire pendant l'indisponibilité de cet aidant.

34. AIDE AUX DÉPLACEMENTS

A. ACCOMPAGNEUR OU AUXILIAIRE D'INTÉGRATION SOCIALE

En cas de déménagement ou de changement d'emploi du Bénéficiaire en situation de handicap, et d'indisponibilité de son conjoint et/ou de son chien guide, l'Assisteur organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement.

Cette prestation est prise en charge à concurrence de 8 heures dans les 30 jours suivant l'événement.

B. ACCOMPAGNEMENT POUR EXAMENS MÉDICAUX

En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsqu'il doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour du Bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté et met à disposition un intervenant qualifié.

Cette prestation est prise en charge à concurrence de 6 heures dans la limite d'une fois par mois et à moins de 50 kilomètres de son domicile.

C. ORGANISATION DU VOYAGE

L'Assisteur aide à la préparation de tout voyage et met en relation le Bénéficiaire handicapé avec les organismes susceptibles de répondre à sa demande, notamment pour établir un itinéraire, trouver un moyen de transport pour ses déplacements en vacances ou en week-end.

Les frais liés au transport sont à la charge du Bénéficiaire.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

35. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

A tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues dans la limite de 10 entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

36. ASSISTANCE PRÉVENTIVE

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'État (DE).

B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux à concurrence d'un maximum de 12 heures ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.

D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12 heures ;

- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

37. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité.

A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- l'organisation et le financement du coût de transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée dans la limite de 500 euros TTC ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B. EPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- une prestation d'ergothérapeute à concurrence d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

38. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence d'un maximum de 3 séances ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.



39. RAPATRIEMENT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

En cas de décès en France Métropolitaine d'un Bénéficiaire résidant dans les DROM, l'Assisteur organise le rapatriement de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile à l'intérieur du département de résidence DROM, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, à concurrence de 3 000 euros TTC,
- les frais de cercueil pour permettre le transport à concurrence de 800 euros TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert, pompes funèbres, transporteurs est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation, ainsi que des frais de convois locaux ou de crémation. Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de transfert. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

40. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

CADRE JURIDIQUE

41. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

42. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait été préconisé par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

43. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,

- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

44. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation. En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

45. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

46. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

47. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

48. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer

leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

49. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

50. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

Annexe 3 – Notice décès



Le présent contrat est conclu entre :

- **KLESIA Mut'**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007 dont le siège social est situé au 4 rue Georges Picquart 75017 Paris
Représentée par Madame Catherine GRANDPIERRE-MANGIN, en sa qualité de Présidente, dûment habilitée aux fins des présentes ;

Ci-après dénommée « la Mutuelle »

Et

- **Mutuelle Santé EIFFAGE ENERGIE**, mutuelle d'entreprise soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 391 526 225, dont le siège social est situé au 117 rue Landy 93123 La Plaine Saint Denis
Représentée par Madame Delphine MAITRE, en sa qualité de Présidente, dûment habilitée aux fins des présentes ;

Ci-après dénommée « l'Adhérente »

Les dispositions du présent contrat constituent une mise à jour du contrat précédemment conclu entre la Fédération Mutualiste Interdépartementale de la Région Parisienne (FMP) dont le portefeuille a été transféré à KLESIA Mut' par décision N°2019-C-59 de l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution en date du 15 novembre 2019 (publication au J.O du 22 novembre 2019), et la Mutuelle Santé EIFFAGE ENERGIE. Ce contrat se substitue intégralement aux précédentes dispositions.

La Mutuelle est membre Adhérent de KLESIA Mut' et ses membres acquièrent la qualité de membres participants de KLESIA Mut'.

TITRE I – CADRE JURIDIQUE

Article 1 – Objet du contrat

Le présent contrat est un contrat collectif à adhésion obligatoire, tel que défini à l'article L.211-3 du Code de la Mutualité, souscrit par la Mutuelle Santé EIFFAGE ENERGIE pour le compte de ses membres participants auprès de KLESIA Mut' agissant en qualité de preneur obligatoire de risque.

Il a pour objet de faire bénéficier les membres participants de la Mutuelle Santé EIFFAGE ENERGIE d'une garantie supplémentaire Décès, définie au présent contrat.

Les parties reconnaissent être mutuellement informées de leurs statuts et modes de fonctionnement respectifs. Elles s'engagent à se faire part mutuellement de toutes modifications qui pourraient y être apportées ultérieurement.

Le présent contrat vaut notice d'information. Il appartient à l'Adhérente de remettre à chaque membre participant une copie du contrat.

Article 2 – Base légale

Le contrat est régi par les dispositions du Code de la Mutualité et est exclusivement soumis à la loi française. Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Article 3 – Date d'effet, durée et résiliation du contrat

Le présent contrat prend effet au 1^{er} juillet 2020.

Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er Janvier de chaque année, sauf résiliation à l'initiative de l'Adhérente ou de la Mutuelle, notifiée par lettre recommandée, moyennant le respect d'un délai de préavis d'au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Article 4 – Modification/Révision du contrat

Les dispositions du contrat peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle ; les modifications sont opposables à l'Adhérente et aux membres participants dès qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire a pour effet de modifier la portée des engagements de la Mutuelle, cette dernière procède à la révision du contrat, pour la date d'effet des modifications concernées, et en informe sans délai l'Adhérente qui devra en informer les membres participants.

Toute modification du contrat fera l'objet d'un avenant.

Article 5 – Gestion des opérations entre la Mutuelle et l'Adhérente

L'Adhérente :

- Enregistre les adhésions au sein de la catégorie prévue à cet effet et tient à jour le fichier des membres participants. Elle transmet ensuite mensuellement ce fichier à la Mutuelle ;
- Appelle et encaisse les cotisations des membres participants pour le compte de la Mutuelle et lui reverse mensuellement ;
- Reçoit des ayants droit des membres participants décédés les déclarations de sinistre sous la forme d'un bulletin de décès. Elle s'assure que le membre participant est à jour de ses cotisations et transmet à la Mutuelle un acte de décès ainsi qu'une attestation sur l'honneur du directeur de l'Adhérente sur la bonne ouverture des droits du membre participant ;

Au titre de la réalisation des opérations mentionnées ci-dessus, des frais de gestion sont attribués à l'Adhérente par la Mutuelle. Ces frais sont fixés à 10 % des cotisations prévues à l'article 10 du présent contrat.

La Mutuelle :

- Règle la (les) prestation(s) définie(s) au présent contrat au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant dans un délai d'un mois à compter de la réception de l'attestation susmentionnée.

Les sommes reçues (après imputation des chargements de gestion prévus ci-dessus) et payées par l'Adhérente pour le compte de la Mutuelle font l'objet d'un compte courant. Ce compte est soldé chaque fin de trimestre civil, par versement le vingt du mois suivant, par la partie redevable de ce solde. Les montants portés au compte par l'Adhérente sont communiqués chaque mois par la Mutuelle, sur un niveau de détail convenu par les deux parties, par courrier séparé non contractuel.

Article 6 – Arbitrage

Les parties au présent contrat conviennent que les contestations qui pourraient intervenir entre elles relatives à la validité et à l'exécution de ce contrat soient résolues en équité et compte tenu de la pratique des opérations collectives et des valeurs mutualistes, avant application des règles du droit strict.

Elles déclarent s'en remettre, en cas de différend persistant, à la décision du tribunal arbitral. Ce tribunal arbitral est composé de deux arbitres désignés par chaque partie et d'un troisième arbitre désigné par les deux arbitres précités, avant les délibérations du tribunal. Ce troisième arbitre exercera la fonction de président du tribunal arbitral. Ne peuvent être désignés comme arbitres que des professionnels ayant une pratique démontrée de l'assurance collective et de la mutualité.

Les arbitres doivent être désignés dans un délai d'un mois à compter de la connaissance du litige par les deux parties. Ce même délai s'applique aux deux arbitres pour la désignation du troisième arbitre.

En cas de non-respect de ce délai ou en cas de désaccord entre les arbitres pour désigner le troisième arbitre, la nomination est faite par le président du Tribunal de Grande Instance de Paris, statuant dans les conditions d'un référé à la requête de la partie la plus diligente.

Le siège du tribunal arbitral sera à Paris sauf décision contraire des parties.

La procédure est laissée à la libre appréciation du tribunal arbitral, lequel est dispensé dans la mesure du possible de toute formalité judiciaire. Il juge en dernier ressort et se prononce sur la répartition des frais et dépens entre les parties.

La décision du tribunal arbitral est écrite, motivée et signée. Si un des arbitres refuse de signer la décision, ses effets ne sont pas remis en cause.

La décision est rendue au plus tard dans les trois mois qui suivent la constitution du tribunal.

La présente clause d'arbitrage est réputée constituer une convention séparée entre l'Adhérente et la Mutuelle. Elle conserve ses effets y compris en cas de résiliation ou suspension du présent contrat.

TITRE II – AFFILIATION

Article 7 – Membres participants

Doivent être affiliés au présent contrat l'ensemble des membres participants de l'Adhérente. Cette affiliation est obligatoire. Il appartient à l'Adhérente de veiller à ce que l'ensemble des membres participants sont affiliés.

L'affiliation résulte de la signature d'un bulletin individuel d'affiliation soit à la date d'effet du contrat soit lorsque la qualité de membre participant est acquise ultérieurement.

La garantie est acquise pour le membre participant uniquement, dès la date d'effet de l'affiliation.

Article 8 – Démission, radiation, exclusion et conséquences.

Démission

Le présent contrat étant rendu obligatoire à l'égard des membres participants en vertu de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, ces derniers ne peuvent démissionner du contrat qu'en démissionnant de l'Adhérente. Cette démission doit être demandée par écrit auprès de l'Adhérente, dans les conditions prévues par les statuts et le règlement de cette dernière.

Radiation du membre participant par l'Adhérente

Sont radiés du présent contrat les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du Code de la Mutualité. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Exclusion du membre participant par l'Adhérente

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles et unions du livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration de la mutuelle pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le conseil d'administration.

Conséquences de la démission, radiation ou exclusion par l'Adhérente

La démission, la radiation ou l'exclusion entraînent la résiliation de l'adhésion du membre participant au présent contrat et n'ouvre pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la garantie prévue. Aucune prestation n'est due après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion. La prestation reste due lorsque les conditions d'ouverture de la prestation étaient réunies avant la date d'effet de la démission, radiation ou exclusion.

TITRE III - COTISATIONS

Article 9 – Obligation de paiement des cotisations

Le membre participant s'engage au paiement des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

La facturation par la Mutuelle à l'Adhérente est mensuelle, sur la base du fichier des membres participants prévu à l'article 5 du présent contrat.

L'Adhérente verse les cotisations à la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 5 du présent contrat.

Article 10 - Détermination et montant des cotisations

La cotisation est votée annuellement par l'Assemblée Générale de l'Adhérente sur la base de la tarification effectuée par la Mutuelle conformément à l'article L.114-9 du Code de la Mutualité, en fonction du coût prévisionnel du risque évalué pour l'année considérée.

Les cotisations pourront être modifiées, notamment en cas d'évolution de la réglementation en vigueur.

Le montant des cotisations est fixé au montant ci-dessous à la date d'effet du présent contrat :

	Cotisation annuelle du membre participant
Garantie Décès	9,84 euros

Article 11 – Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de l'intégralité des cotisations dans les 10 jours suivant l'échéance, l'Adhérente est mise en demeure d'effectuer le règlement par la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les garanties seront suspendues 30 jours après la date de mise en demeure si le paiement n'a pas été effectué.

Le contrat sera résilié 40 jours après la date de mise en demeure restée infructueuse.

En tout état de cause, la Mutuelle poursuivra le recouvrement des cotisations dues et éventuelles majorations de retard. Les frais engagés à cet effet seront entièrement à la charge de l'Adhérente.

En cas de paiement des cotisations arriérées et de celles arrivées à échéance pendant la suspension avant le terme des 40 jours suivant la mise en demeure, le contrat reprend ses effets.

TITRE IV – PRESTATIONS

Article 12 – Garantie

Le présent contrat garantit aux membres participants le versement d'une allocation destinée à financer les obsèques du membre participant et le cas échéant, celles d'un ayant-droit du membre participant.

En cas de décès d'un ayant-droit du membre participant, le versement de l'allocation pour financer les obsèques de ce dernier est conditionné à ce que le membre participant soit encore affilié au présent contrat.

Sont considérés comme ayants-droit du membre participant :

- Le conjoint ;
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Le concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous réserve d'apporter la preuve qu'il réside sous le même toit que le membre participant, par un justificatif de domicile commun, un décompte de prestations ;
- Les enfants à charge au sens fiscal.

Article 13 – Modalités de versement de la prestation

L'allocation est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à défaut à la personne en charge des obsèques ou. Dans le cas où les frais d'obsèques engagés seraient supérieurs au montant de l'allocation, la Mutuelle ne saurait être tenue au versement du surplus.

Dans le cas où le montant de l'allocation est supérieur aux frais réellement engagés, le reliquat est versé par la Mutuelle au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou aux héritiers.

Désignation du (des) bénéficiaire(s)

Le membre participant peut désigner un(des) bénéficiaire(s) de l'allocation prévue ci-dessous. La désignation s'effectue au moment de son affiliation ou ultérieurement, par le formulaire délivré par la Mutuelle. Un acte sous seing privé ou un acte authentique permet également la désignation du bénéficiaire à condition que cet acte soit transmis à la Mutuelle.

En cas de désignation nominative, les coordonnées du ou des bénéficiaires désignés doivent être précisées afin de permettre à la Mutuelle de le(s) retrouver.

La désignation peut être modifiée par le membre participant à tout moment, notamment si celle-ci n'est plus appropriée (changement de situation familiale du Participant, naissance...) sauf si le bénéficiaire désigné reconnaît par écrit accepter de percevoir le capital. En effet, dans ce cas, la désignation faite à son profit devient irrévocable.

En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) ou à défaut de désignation par le membre participant, l'allocation est versée à la personne en charge des obsèques.

Article 14 – Montant de la prestation

L'allocation destinée à financer les obsèques est fixée à :

	Montant de l'allocation
Décès du membre participant	1 144 €
Décès d'un ayant droit du membre participant	1 144 €

Article 15 – Durée de la garantie et rachat

La garantie prévue ci-dessus est annuelle et reconduite par tacite reconduction, sauf dénonciation par la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de deux mois avant la prochaine échéance du contrat.

Le membre participant doit être informé lors de son adhésion du caractère annuel de la garantie.

La garantie, étant annuelle, n'est pas rachetable.

Article 16 – Exclusions

Sont exclus de la garantie les sinistres survenant :

- Pour cause de suicide du membre participant ou de l'ayant-droits survenant au cours de la première année de couverture ;
- En cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.

Article 17 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée au membre participant ou à ses ayants droit victime d'un accident dans leur action contre le tiers responsable pour le sinistre pris en charge, dans la limite des prestations versées.

Article 18 – Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au membre participant est nulle conformément à l'article L.221-14 du code de la Mutualité. Les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

Article 19 – Prescription

Toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

La prescription est portée à :

- cinq ans concernant l'incapacité de travail ;
- 10 ans concernant les garanties décès (capital, rente éducation et rente handicap) versées aux bénéficiaires.

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale et de la loi n°2014-617 du 13 juin 2014, la prescription est portée à 30 ans à compter du décès du membre participant pour le bénéficiaire qui n'a pas été informé de sa qualité par la Mutuelle.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

- qu'à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'Adhérente, du membre participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérente, le membre participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- acte d'exécution forcée ;
- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'Adhérente par la Mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à la Mutuelle par le membre participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 – Contrôle de la Mutuelle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest – CS 92459- 75436– Paris cedex 9

Article 21 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie la Mutuelle et l'Adhérente, des données personnelles concernant le membre participant sont collectées par Klesia Mut', entité du Groupe KLESIA, située au 4 rue Georges Picquart, 75017 Paris, en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, Klesia Mut' sera dans l'impossibilité de traiter les demandes du membre participant.

21.1. LES FINALITES DE LA COLLECTE DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données personnelles collectées par KLESIA Mut' vont permettre :

- l'étude des besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de proposer des contrats adaptés au membre participant ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits du membre participant.

Les données personnelles du membre participant sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, Klesia Mut' met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin d'apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux connaître le membre participant pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de la relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du

bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.

- la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que le membre participant a souscrits.

21.2. LE TRAITEMENT DES DONNEES DE SANTE

Le traitement des données de santé concernant le membre participant par Klesia Mut' est soumis à son consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat vaut recueil du consentement pour le traitement de ses données de santé à des fins de gestion de son contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de ses données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, ses données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de Klesia Mut' et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

21.3. LES DECISIONS AUTOMATISEES ET LE PROFILAGE

Dans certains cas, Klesia Mut' pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse des données du membre participant. Dans chaque cas, Klesia Mut' l'informerá spécifiquement et lui permettra de contester une décision automatisée prise à son égard.

21.4. LES DESTINATAIRES DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre des traitements de Klesia Mut', les données du membre participant peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau annexé au présent contrat.

21.5. LE TRANSFERT DES DONNEES PERSONNELLES HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Klesia Mut' traite les données personnelles du membre participant en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, KLESIA Mut' l'informerá spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de ses données personnelles.

21.6. LES DUREES DE CONSERVATION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles du membre participant sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau annexé au présent contrat.

21.7. LES DROITS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant dispose d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de ses données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées par KLESIA Mut' de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le

cas où les données personnelles sont fournies par le membre participant et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Le membre participant peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière que KLESIA Mut' le remercie d'argumenter ;
- lorsque ses données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à se justifier.

De plus, si le membre participant ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, le membre participant peut consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, le membre participant a la possibilité :

- de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont il entend que soient exercés ces droits, après son décès ;
- de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de Klesia Mut'.

21.8. L'EXERCICE DES DROITS AUPRES DE KLESIA MUT'

Ces droits peuvent être exercés par le membre participant en justifiant de son identité et en précisant le droit qu'il souhaite exercer ainsi que tout élément facilitant son identification.

Pour toute information ou exercice de ses droits relatifs aux traitements de ses données personnelles gérés par Klesia Mut', le membre participant peut contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

21.9. RECLAMATION AUPRES DE LA CNIL

Le membre participant peut également user d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Article 22 – Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, pour tous les versements effectués, l'Adhérente atteste que ces versements ne proviennent pas d'opérations constitutives d'une infraction à la loi. La Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Article 23 – Lutte contre la fraude à l'assurance

La Mutuelle peut utiliser les données personnelles des membres participants à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance. Ce traitement peut entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Article 24 – Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Adhérente / les membres participants et la Mutuelle et le cas échéant le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par le membre participant des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article R.932-1-6 du Code de la Sécurité sociale relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Article 25 - Signatures

Fait et signé en deux exemplaires originaux,

A Paris, le 8 juillet 2020

Pour la Mutuelle Santé EIFFAGE ENERGIE
La Présidente



Delphine MAITRE

Pour KLESIA Mut'
La Présidente



Catherine GRANDPIERRE-MANGIN



CONTACTS

Pour toute réclamation : mutuelle.energie@eiffage.com

Pour toute demande relative à la protection de vos données personnelles :

Par courriel : mutuelle.energie@eiffage.com et/ou vyv-partenariat-dpo@groupe-vyv.fr

Par courrier postal :

Mutuelle Santé Eiffage Energie
117 rue du Landy – BP 80008
93213 La Plaine Saint-Denis Cedex

Pour toute demande de renseignement, vous pouvez nous contacter :

Par téléphone : 01 55 87 53 01 de 9h à 12 h et de 13h30 à 16h30 du lundi au vendredi

Par courriel : mutuelle.energie@eiffage.com

Par l'espace adhérent du site internet : www.mutuelle-eiffage-energie.fr

VOTRE SITE INTERNET

www.mutuelle-eiffage-energie.fr



Un site où vous pourrez via votre espace adhérent :

- ✓ Éditer votre carte d'adhérent
- ✓ Prendre connaissance du fonctionnement de la Mutuelle
- ✓ Consulter vos remboursements
- ✓ Déposer vos demandes
- ✓ Localiser l'opticien, l'audioprothésiste et l'ostéopathe Kalixia le plus proche de chez vous

TOUT CECI EN 1 CLIC !

