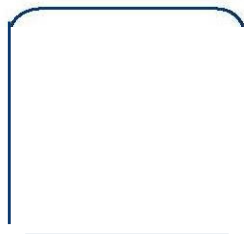
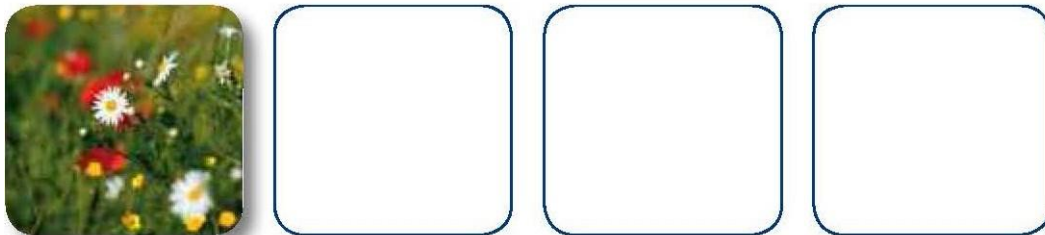




Notice d'information



Notice d'Information



Votre entreprise a souscrit auprès de Mutuelle d'Entraide de la Mutualité Française (dite MEMF) un contrat de prévoyance collective santé et obsèques.

La garantie dont vous bénéficiez fait l'objet d'accords d'entreprise signés par les partenaires sociaux (l'employeur et des organisations syndicales) ou d'une décision de l'employeur.

Elle reflète l'engagement mutualiste qui vise à améliorer la qualité et l'accès aux soins tout en maîtrisant les dépenses et répondant au mieux aux besoins des adhérents.

La présente Notice décrit la garantie et les services proposés par la MEMF ainsi que son fonctionnement





Notice d'information



Les bénéficiaires

Salariés et assimilés

- Salariés cadres ou non cadres, inscrits à l'effectif des entreprises qui ont signé un contrat de prévoyance collective avec la MEMF
- Salariés en suspension de contrat de travail: congés sabbatique, parental, invalidité, disponibilité, création d'entreprise, ou tout autre congé considéré par la législation du travail comme un cas de suspension de contrat de travail

Ayants droit

- Conjoint ou concubin ayant ou non une activité professionnelle
- Enfants à charge de moins de 28 ans, étudiants
- Enfants à charge de moins de 28 ans, en apprentissage ou en contrat de formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 55 % du Smic
- Enfants à charge de moins de 28 ans, ayant terminé leurs études, en recherche d'emploi, inscrits au Pôle emploi et/ou à l'Assedic et percevant une rémunération inférieure à 55 % du Smic
- Enfants à charge de moins de 28 ans, en service civil volontaire et percevant une rémunération inférieure à 55 % du Smic
- Enfants à charge, handicapés ou atteints d'une maladie dont l'incapacité permanente est d'au moins 80 %, sans limite d'âge
- Enfants à charge du concubin dans les mêmes conditions que les enfants du salarié
- Ascendants à charge au sens de la sécurité sociale

Adhérents au régime d'accueil à titre facultatif

(article 4 de la loi Evin), sous réserve que la demande soit faite dans les 6 mois.

Au titre des actifs

- Salariés licenciés et leurs ayants droit
- Salariés en fin de contrat à durée déterminée et leurs ayants droit
- Salariés démissionnaires et leurs ayants droit
- Ayants droit des salariés décédés
- Anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité
- Anciens salariés en sortie de portabilité
- Enfants de moins de 28 ans, précédemment à charge d'un adhérent mais qui ne respecte plus les caractéristiques pour être considéré comme un ayant-droit



Au titre des retraités

- Retraités et préretraités et leurs ayants droit [art. 8 des statuts)
- Ayants droit des retraités décédés

Les ayants droit de ces adhérents sont les mêmes que ceux des salariés.

Fonctionnement administratif

Champ de la garantie

La garantie prend en charge les soins réalisés par les professionnels de santé conventionnés et les soins réalisés dans les établissements conventionnés sauf exception indiquée expressément dans la garantie.

Modalités d'admission

Dès la signature de l'accord d'entreprise par les partenaires sociaux ou à la date d'application prévue au contrat, les salariés sont couverts par la garantie, sans délai de carence, sous réserve d'avoir été déclarés à la mutuelle par l'entreprise.

Les salariés nouvellement embauchés sont couverts par la garantie à partir de la date de début de leur contrat de travail.

Au moment de l'embauche, la direction des ressources humaines leur procure le bulletin d'adhésion à la mutuelle. Afin de rendre cette adhésion effective, les nouveaux salariés de l'entreprise doivent transmettre à la MEMF leur bulletin d'adhésion et les pièces justificatives demandées.

Assurance du nouveau-né ou de l'enfant adopté

Le nouveau-né ou l'enfant adopté bénéficie des garanties à partir du jour de naissance ou de l'adoption sous réserve que l'adhérent en fasse la demande et que les cotisations soient adaptées en conséquence (statut familial pour les actifs et cotisation enfant supplémentaire).

Le gestionnaire de la MEMF doit être informé de l'événement dans les 30 jours qui suivent la naissance afin de pouvoir rendre cette adhésion effective. Pour ce faire, l'adhérent concerné doit fournir le certificat de naissance de l'enfant et l'attestation de sécurité sociale précisant la caisse de rattachement.

Une nouvelle carte mutualiste familiale lui est alors adressée.



Documents à fournir à l'adhésion

Qualité de bénéficiaire

Salariés de l'entreprise et personnes admises en contrats d'accueil (retraités, licenciés, démissionnaires)

Documents justificatifs à fournir

- RIB et mandat de prélèvement
- Copie des attestations de la sécurité sociale de tous les membres de la famille
- En cas de vie maritale: justificatif du domicile [copie d'une facture avec les deux noms]
- Certificat de scolarité pour les enfants âgés de 16 à 28 ans

Conjoint (concubin, pacsé)

- Copie de l'attestation de la sécurité sociale
- Pour les concubins: certificat sur l'honneur ou attestation de la mairie
- Pacte civil de solidarité

Enfants de 16 à 28 ans, étudiants

- Certificat de scolarité à présenter en octobre de chaque année
- Attestation de la sécurité sociale

Enfants de moins de 28 ans, en apprentissage ou en contrat de formation en alternance dont la rémunération est inférieure à 55 % du Smic

- Copie du contrat d'apprentissage ou de formation en alternance
- Dernier bulletin de salaire
- Attestation de la sécurité sociale

Enfants de moins de 28 ans, ayant terminé leurs études en recherche d'emploi, inscrits à Pôle emploi et percevant une rémunération inférieure à 55 % du Smic

- Certificat de scolarité de la dernière année d'études
- Attestation d'inscription au Pôle emploi
- Attestation de la sécurité sociale
- Contrat de volontariat

Enfants à charge de moins de 28 ans, en service civil volontaire ou associatif et percevant une rémunération inférieure à 55 % du Smic

Enfants handicapés ou atteints d'une maladie dont l'incapacité permanente est d'au moins 80 %, sans limite d'âge

Carte ou certificat d'invalidité

Ascendants à charge au sens de la sécurité sociale

- Attestation de la sécurité sociale en tant qu'ayant droit du salarié



Fin de la garantie

La garantie prend fin à la date :

- de l'effet de la rupture du contrat de travail
- de l'effet de la rupture du contrat collectif
- du départ à la retraite du salarié
- de la résiliation du contrat ou de son terme
- ou à défaut du paiement des cotisations

Les soins réalisés antérieurement à la date de fin de garantie continuent à être pris en charge par la MEMF.

Cas des salariés en suspension de contrat de travail

Les salariés dont le contrat de travail a été suspendu (congé sabbatique, parental, invalidité, disponibilité, création d'entreprise) continuent à bénéficier de la garantie. La participation à la cotisation de l'employeur reste inchangée. Le salarié reçoit une facture mensuelle concernant la part de la cotisation qui lui incombe.

Cas des retraités

Les retraités qui souhaitent garder la mutuelle doivent en faire la demande à la MEMF qui les informera des tarifs et de la participation de l'employeur. Cette demande doit être réalisée dans les 3 mois qui suivent la sortie du salarié, sachant que la couverture devra prendre effet à la date de la début de retraite

Cas des personnes en portabilité

Les personnes en rupture de contrat qui souhaitent garder la mutuelle doivent transmettre au gestionnaire de la MEMF le formulaire de portabilité rempli par l'employeur accompagné d'un justificatif d'inscription à pole emploi, dans les 30 jours qui suivent la fin de contrat. Les droits à portabilité sont prolongés mensuellement jusqu'à la fin de portabilité précisée sur le formulaire, sous réserve de présenter chaque mois un justificatif mensuel de pole emploi.

Cas des personnes en accueil

Les anciens salariés (après la période de portabilité ou en sortie de contrat salarié) qui souhaitent garder la mutuelle doivent en faire la demande à la MEMF qui les informera des tarifs. Cette demande doit être réalisée dans les 3 mois qui suivent la sortie du salarié, sachant que la couverture devra prendre effet à la date de fin de portabilité ou de rupture du contrat de travail.



Formalités à accomplir en cas de réalisation du risque

Dans la majorité des cas, la prise en charge d'une prestation par la MEMF est déclenchée automatiquement à partir des informations télétransmises en provenance de la sécurité sociale. Dans le cas où la télétransmission n'est pas mise en place, la demande de remboursement de la prestation adressée à la MEMF doit être accompagnée de l'original du décompte de la sécurité sociale.

Documents à fournir pour les remboursements de soins

Soins ou actes concernes

Implants, opération de la myopie, ostéopathie. Optique, prothèses dentaires, orthodontie, audioprothèse, à la demande.

Démarches particulières

- Note d'honoraires soit facture détaillée établie sur papier en-tête du praticien ou de l'établissement revêtu de sa signature et de son N° de praticien et portant mention des nom et prénom de l'assuré et du bénéficiaire

Hospitalisation

- Pour bénéficiaire du tiers payant: une demande de prise en charge doit être faite auprès de l'opérateur de Tiers-payant "TP HM" avant émission de la facture par l'établissement
- Facture de l'établissement
- Note d'honoraires

Pharmacie "petits appareils" postiches, cannes, orthèses... ou autres accessoires et pansements

- Facture établie par le pharmacien afin d'obtenir le remboursement du dépassement pratiqué dans la limite de la garantie MEMF

Forfait naissance

- Acte de naissance et attestation sécurité sociale (avec adhésion de l'enfant)

Frais d'obsèques

- Acte de décès, facture acquittée des frais d'obsèques, RIB et carte d'identité de la personne ayant payé les frais d'obsèque

Important:

Lorsque, seul le tiers payant sécurité sociale est pratiqué par un professionnel de santé, un centre de soins ou un établissement hospitalier, une facture doit être fournie au gestionnaire de la MEMF afin que les prestations prévues par la garantie puissent être versées.

La date de soins devra être comprise comme la date qui figure sur le décompte de la sécurité sociale ou la date de la facturation notamment pour les actes ou produits qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge de l'adhérent.