



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conditions Générales

CSM EVIN

**Couverture Supplémentaire Maladie
des anciens salariés statutaires
de la branche des Industries Electriques et Gazières**

Energie Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest

CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 66 Avenue du Maine 75014 PARIS

SOMMAIRE

Préambule

Titre I – Objet, date d’effet, durée et reconduction du contrat

Article 1. Objet

Article 2. Date d’effet, durée et reconduction du contrat

Titre II – Bénéficiaires

Article 3. Les Membres Participants

Article 4. Définition des ayants droit

Article 5. Conditions d’âge à l’adhésion

Titre III – Adhésion – Changement de situation – Résiliation

Article 6. Adhésion

Article 7. Obligation de signalement de tout changement de situation

Titre IV – Suspension et terme des garanties

Article 8. Suspension des garanties

Article 9. Résiliation

Article 10. Cessation des garanties

Titre V – Obligations des parties

Article 11. Obligations des Membres Participants

Article 12. Obligation de la Mutuelle

Titre VI – Cotisations

Article 13. Assiette de cotisation

Article 14. Paiement de la cotisation

Article 15. Défaut de paiement des cotisations

Titre VII – Prestations santé

Article 16. Risques couverts

Article 17. Définitions des prestations

Article 18. Ouverture du droit aux prestations

Article 19. Dispositif contrat Responsable

Article 20. Versement des prestations

Article 21. Prescription et Indus

Article 22. Soins à l’étranger

Titre VIII – Dispositions diverses

Article 23. Subrogation

Article 24. Fausse déclaration – Nullité de la garantie

Article 25. Déchéance en cas de fraude

Article 26. Réclamations

Article 27. Protection des données

Article 28. Contrôle

Article 29. Législation

Article 30. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Article 31. Bloctel

Article 32. Tribunaux compétents

Titre IX – Modifications du présent Règlement – Informations

Article 33. Modifications du présent Règlement – Informations

Le terme Mutuelle désigne la Mutuelle Energie Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - inscrite au répertoire SIREN 419 049 499 - siège social : 66 avenue du Maine 75014 PARIS.

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré par accord du 4 juin 2010 une Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire au profit des agents statutaires en activité des entreprises et des organismes de la branche des IEG.

Cet accord désigne les Mutuelles Partenaires : Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI.

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dispose :

« Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° Au profit des anciens 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 de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret. »

L'article 13-3 de chaque contrat d'assurance collective frais de santé assuré par Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI précise concernant le maintien des garanties pour les personnes demandant à bénéficier de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 :

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

- *En cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens agents statutaires, 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 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;*
- *Les personnes garanties du chef du Membre Participant décédé, pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.*

Le maintien des garanties du présent Contrat est facultatif : les Bénéficiaires prennent en charge la totalité du paiement de la cotisation. En aucun cas, l'employeur ne participe au financement de ce maintien de la couverture à titre facultatif. Les opérations relatives aux Bénéficiaires des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Evin » ne sont pas mutualisées avec les opérations relatives aux Bénéficiaires de la Couverture Supplémentaire Maladie.

Les Bénéficiaires relevant de l'article 13-2 du Contrat, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, peuvent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période de maintien des garanties consécutif à l'application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. »

En application de ces dispositions, toute personne relevant de l'article 4 de la loi Evin et de l'article 13-3 énoncé précédemment et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste.

Ce contrat est assuré par Energie Mutuelle pour le Membre Participant et pour les ayants droit. Il comporte toutes les garanties qui étaient assurées par chaque contrat d'assurance collective frais de santé des salariés actifs.

Dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle Energie Mutuelle assure les postes de soins suivants, selon les dispositions prévues audit Règlement :

Soins courants

- Visites et consultations de médecins généralistes
- Visites et consultations de médecins spécialistes
- Actes techniques médicaux
- Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Analyse, prélèvements et examens de laboratoire
- Analyses hors nomenclature
- Frais de transport
- Pharmacie
- Consultation ostéopathe, chiropracteur, étiope, médecins acupuncteurs, et psychologue

Optique

- Equipement autre que 100 % Santé
- Monture et verres
- Lentilles
- Chirurgie corrective

Dentaire

- Soins et prothèses 100 % Santé sans reste à charge
- soins et prothèses autres que 100 % Santé
- Implantologie
- Orthodontie
- Parodontologie
- Autres actes dentaires

Matériel Médical - Appareillage

- Orthopédie et prothèses médicales
- Véhicule pour handicapé
- Forfait Equipement Handicap

Aide Auditive remboursable par la Sécurité sociale

- Equipement auditif autre que 100 % Santé
- Accessoires et fournitures

Hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

- Frais de séjour et de salle d'opération
- Honoraires
- Forfait journalier
- Chambre particulière
- Frais d'accompagnant
- Frais de transport

Autres prestations

- Cure thermale
- Vaccins
- Pilule contraceptive dite de 3e ou 4e génération
- Ostéodensitométrie
- Détartrage des dents
- Scellement des sillons sur les molaires
- Pack Prévention :
 - Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse,
 - Bilan du langage oral ou écrit
 - Dépistage des troubles de l'audition
 - Bracelet GSM
 - Substitut nicotinique, test HémoCult, tensiomètre,

- Prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.

L'ensemble, constitué par les garanties accordées dans le cadre du Règlement Mutualiste d'Energie Mutuelle respecte globalement à effet du 1^{er} janvier 2020 les interdictions et les obligations minimales et maximales de prise en charge définies par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (dispositif du contrat responsable). L'arrêté du 30 septembre 2019, publié au Journal Officiel n°0229 entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2020, est venu préciser les nouvelles règles applicables au régime spécial dit « Régime complémentaire CAMIEG » en ce qui concerne l'accès sans reste à charge à certains soins et équipements optique, auditifs et dentaires.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières organisent la mise en œuvre de ce contrat dénommé contrat d'assurance CSM EVIN

TITRE I – OBJET, DATE D'EFFET, DURÉE ET RECONDUCTION DU CONTRAT

ARTICLE 1. Objet

Le présent Règlement a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts d'Energie Mutuelle, pour les salariés ou anciens salariés, relevant de l'article 4 de la loi Evin, qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat, et le cas échéant leurs ayants droit dans le cadre des contrats d'assurance collective frais de santé, de définir le contenu et la durée des engagements concernant les cotisations et les prestations entre les Parties.

Les garanties assurées par la Mutuelle dans le cadre du présent Règlement Mutualiste sont régies par le Code de la Mutualité. La Mutuelle utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 2. Date d'effet, durée et reconduction du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières. La réception de la demande d'adhésion ne peut excéder un délai de 6 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien de garantie à titre temporaire (*portabilité*)

Il peut être souscrit tout au long de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de souscription.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants. Pour toute adhésion en cours de mois, la cotisation est appelée sur le mois entier.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale. Les garanties cessent lorsque l'adhésion au Règlement Mutualiste prend fin dans les conditions à l'article 10 des présentes conditions générales.

TITRE II – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 3. Membres participants

Les Membres Participants de la Mutuelle sont les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes et bénéficient des prestations de la Mutuelle au titre des présentes conditions générales du Règlement Mutualiste auquel ils ont adhéré.

Peuvent devenir Membres Participants au titre des présentes conditions générales du Règlement Mutualiste, les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) relevant des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dans le cadre des contrats d'assurance collective frais de santé visés au Préambule.

Peuvent devenir Membres Participants au titre des présentes conditions générales du Règlement Mutualiste, les personnes régulièrement inscrites à la Mutuelle et assurant un paiement régulier de leur cotisation sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical :

- En cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens agents statutaires qui étaient assurés dans le cadre de l'accord collectif décrit au Préambule, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emplois, 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 date de rupture du contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- Lorsque le contrat collectif assure les ayants droit d'un Membre Participant, les ayants droit garantis du chef d'un Membre Participant qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif **pendant une durée minimale de douze mois** à compter du décès du Membre Participant, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à la Mutuelle Energie Mutuelle dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Peuvent adhérer au présent contrat, en qualité de personnes garanties du chef de salarié décédé, les ayants droit de ce dernier tels que définis au contrat collectif souscrit au bénéfice des salariés.

ARTICLE 4. Ayants droit

On entend par ayant droit du Membre Participant, les personnes mineures ou majeures, bénéficiaires du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, qui étaient garanties ou non, du chef du Membre Participant au moment où il a demandé à adhérer au présent Règlement et qui répondent aux conditions ci-dessous.

Ces ayants droit sont les suivants :

- Le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin ;
- L'enfant du Membre Participant ou de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité dont la filiation y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la nation, dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli, et qui est inscrit sous le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale et est :
 - o Âgé de 26 ans au plus ;
 - o Soit âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} anniversaire
 - o Soit âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé. La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des IEG.

Les ayants droit non affiliés au Régime Complémentaire CAMIEG ne peuvent pas bénéficier des garanties du Règlement Mutualiste.

ARTICLE 5. Conditions d'âge à l'adhésion

Il n'y a aucune condition d'âge pour l'adhésion au présent Règlement concernant le Membre Participant.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent devenir, à leur demande, Membre Participant sans l'intervention de leur représentant légal.

L'âge est défini par la différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

TITRE III – ADHÉSION – CHANGEMENT DE SITUATION

ARTICLE 6. Adhésion

6.1 Modalités d'adhésion et prise d'effet

Pour les adhésions relevant du régime Loi EVIN, une proposition de maintien des garanties est adressée par l'organisme assureur aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du Membre Participant décédé, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

L'adhésion du Membre Participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale. Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées.

La signature du bulletin d'adhésion sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale par le Membre Participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, du Règlement Intérieur, du présent Règlement Mutualiste, des grilles de prestations des garanties choisies et des documents contractuels. Ces derniers seront disponibles sur l'espace adhérent.

La Mutuelle met à disposition sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste ou d'une fiche d'information sur le règlement décrivant les droits et obligations réciproques définie à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité. Dans le cadre de la Directive sur la distribution d'assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux adhérents.

En cas de modification du présent Règlement Mutualiste, des Statuts ou du Règlement Intérieur et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties, les Membres Participants sont informés des modifications survenues, conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, sur l'extranet, par un envoi électronique sauf demande expresse par un envoi papier.

Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

Aucune information d'ordre médical n'est demandée à l'adhésion ni au Membre Participant ni à ses ayants droit. Aucune période probatoire n'est prévue à l'adhésion.

6-2. Date d'effet

Le Membre Participant doit remplir un bulletin d'adhésion dont les informations recueillies servent de base à l'établissement des Conditions particulières.

La date d'effet est le 1^{er} jour du mois en cours à réception du bulletin d'adhésion.

Sur la demande du Membre Participant, la date d'effet peut être rétroactivement portée à la date de rupture du contrat de travail, à la date du décès ou bien à la date de fin de la portabilité.

6-3. Modalités d'affiliation du Membre Participant

L'affiliation est formalisée par le dossier complet d'adhésion daté, et signé comprenant obligatoirement :

- Le bulletin d'adhésion ;
- Le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire à prélever complété, daté et signé, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ;
- L'attestation de paiement de la dernière pension d'invalidité ou de rente, si concerné(e).

Peuvent être demandés éventuellement par la mutuelle au cours du contrat pour finaliser l'affiliation

- La photocopie de l'attestation papier de droits CAMIEG de chacun des membres de la famille ;

- Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou du décès du salarié.

6-4. Modalités d'affiliation des ayants droit

L'adhésion de l'ayant droit est garantie aux personnes inscrites ou non en qualité d'ayant droit au moment de la sortie du salarié des contrats collectifs ou aux personnes répondant aux dispositions de l'article 4 des conditions générales.

Les ayants droit déclarés par le Membre Participant en même temps que sa propre affiliation, bénéficient des garanties à la même date d'effet.

En cas d'événement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, (mariage, PACS,...), l'ajout d'un ayant droit doit être formulé, par le Membre Participant, par écrit à la Mutuelle au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'événement. La date d'effet prise en compte sera la date de survenance de l'événement (naissance ou adoption).

Dans tout autre cas, notamment la déclaration ultérieure à la propre affiliation du Membre participant, l'ajout d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par Energie Mutuelle de la demande d'affiliation.

6-5. Faculté de renonciation

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18.1 du Code de la Mutualité, le Membre Participant peut renoncer au bénéfice d'une adhésion, par lettre recommandée papier ou électronique avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités dans un délai de quatorze jours calendaires à compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance.

Le Membre Participant peut renoncer suivant le modèle de lettre ci-dessous :

Exemple de lettre de renonciation : « Je soussigné (Nom Prénom), demeurant (adresse), déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à la Mutuelle Energie Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent) ».

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au Membre Participant le montant de la cotisation versée. L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée papier ou électronique avec accusé de réception mentionnée à l'alinéa précédent.

Toute demande de prestations, pour le Membre Participant, pendant le délai de renonciation équivaut à une demande d'exécution du contrat et ne permet plus au Membre Participant de se prévaloir du droit à renonciation.

ARTICLE 7. Obligation de signalement de tout changement de situation

Les Membres Participants doivent impérativement signaler à la Mutuelle, dans les deux mois qui suivent l'événement, par tout moyen, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leurs ayants droit comme les changements de situation personnelle ou familiale, notamment :

- Nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- Droit à la CMU-C ;
- Mariage PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
- Naissance ou adoption ;
- Travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
- Attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
- Décès ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet à compter du premier jour du mois de la demande, le cachet de la Poste ou l'horodatage faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant. Par exception, en cas de naissance ou d'adoption, le changement de situation prendra effet rétroactivement à la date de survenance de l'événement.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, accompagnée des pièces justificatives nécessaires, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences.

Le changement ne pourra alors être pris en considération que lors de l'émission du prochain avis d'échéance annuel. En revanche, si le changement de situation, quelles que soient la date ou la façon dont il aura été porté à la connaissance de la Mutuelle, implique une hausse de la cotisation, celle-ci prendra effet, rétroactivement, au 1^{er} jour du mois de l'évènement, le Membre Participant étant tenu de régulariser le paiement des cotisations dues à la Mutuelle.

En cas de changements de situation, le Membre Participant pourra s'il le souhaite recevoir un avenant aux Conditions particulières tenant compte de sa nouvelle situation.

TITRE IV – SUSPENSION ET TERME DES GARANTIES

ARTICLE 8. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 15 « Défaut de paiement des conditions » des présentes conditions générales.

ARTICLE 9. Résiliation

9-1. Résiliation par le Membre Participant

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion, en adressant à la Mutuelle une demande de résiliation par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par courrier ou par voie électronique au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours, soit avant le 31 octobre précédant la date de renouvellement, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité à la suite de la Loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur. La résiliation prendra effet le 31 décembre sous réserve que le Membre Participant soit à jour de ses cotisations.

La modification éventuelle des ayants droit suivra les dispositions de l'article 7 ci-avant.

Le membre participant qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre papier ou électronique à l'adresse de la Mutuelle avant le 31 mars de l'année suivant sa radiation, le cachet de la poste ou la date de l'horodatage faisant foi. Son adhésion sera alors maintenue en continuité dans la même garantie et avec les mêmes ayants droit qu'antérieurement à sa résiliation.

Le Membre Participant peut demander la radiation d'un de ses ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à la Mutuelle par lettre recommandée par courrier ou par voie électronique avec avis de réception au moins deux mois avant cette date.

9-2. Résiliation liés aux conditions d'adhésion

En application des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, chaque Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à la Mutuelle en cas de survenance d'un des évènements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;
- Changement de profession ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La résiliation prendra effet rétroactivement à la date de l'évènement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait été versée.

9-3. Perte de la qualité d'ayant droit

Lorsqu'une personne cesse d'adhérer au présent Règlement Mutualiste à la suite d'une résiliation ou d'une radiation intervenant dans l'un des cas visés aux paragraphes 9-1 et 9-2 ci-avant et 15 ci-après, elle ne peut plus demander par la suite d'y adhérer à nouveau. La résiliation vaut tant pour le Membre Participant que pour ses ayants droit.

Lorsque l'ayant droit du fait d'un changement spécifique au sein de la branche des Industries Electriques et Gazières, récupère les droits CAMIEG, il peut demander une adhésion suivant les dispositions de l'article 6-4 des présentes Conditions Générales.

Le Membre Participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, annuellement, par lettre recommandée par courrier ou par voie électronique à la Mutuelle au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année, pour effet au 31 décembre à minuit.

Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait d'un changement lié à sa vie professionnelle, son âge, son lien familial avec le Membre Participant ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazières, la date d'effet de la modification est celle du changement.

Si le Membre Participant informe la Mutuelle dans les trois mois suivant l'évènement, la Mutuelle peut proposer à l'ayant droit concerné de devenir Membre Participant. L'acceptation est matérialisée par une notification écrite du Bénéficiaire concerné, adressée à la Mutuelle.

Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait du décès du Membre Participant, la Mutuelle lui propose de devenir Membre Participant, l'acceptation étant matérialisée comme à l'article 4 ci-avant.

Si l'ayant droit ne souhaite pas devenir Membre Participant de la Mutuelle, le bénéfice des garanties du présent Règlement Mutualiste cessera au jour du décès du Membre Participant.

Toute sortie du dispositif Evin est définitive pour le Membre Participant.

ARTICLE 10. Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

- En cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 15 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales ;
- À la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du Membre Participant sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;
- À la date de la résiliation de l'affiliation par le Membre Participant et de l'ayant droit effectuée dans les conditions prévues à l'article 9-1, des présentes Conditions générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;
- En tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat à adhésion obligatoire.

La cessation des garanties mises en œuvre au profit des ayants droit est effective à la même date de celle du Membre Participant.

TITRE V – OBLIGATIONS DES PARTIES

ARTICLE 11. Obligations des Membres Participants

L'affiliation du Membre Participant produit ses effets lorsque ce dernier remplit et signe un bulletin individuel d'adhésion et le renvoie à la Mutuelle accompagné des pièces justificatives.

Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre Participant. Dans le cas de changement de situation familiale en cours d'année, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre Participant par écrit à l'organisme assureur dans les deux mois qui suit la date de survenance de l'évènement.

En outre, le Membre Participant est tenu pour bénéficiaire des prestations de fournir à la Mutuelle toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé ; Un mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire à prélever complété, daté et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire ;
Peuvent être demandés éventuellement par la mutuelle au cours du contrat pour finaliser l'affiliation
- Et une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou du décès du salarié.
- Son attestation d'immatriculation à la CAMIEG ainsi que celle de ses ayants droit ;
-

ARTICLE 12. Obligation de la Mutuelle

La Mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale (à condition que la Mutuelle ait été informée par l'entreprise de la cessation du contrat de travail, dans les meilleurs délais).

Pour les ayants droit d'un Membre Participant décédé, l'employeur informe la Mutuelle de la date de l'événement. Cette dernière adresse une proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès (à condition que la Mutuelle ait été informé dans les meilleurs délais du décès).

TITRE VI – COTISATIONS

ARTICLE 13. Assiette de cotisation

13-1. Pour le Membre Participant

La cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération de référence dans la limite du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité, cette dernière pouvant évoluer

Il convient d'entendre la rémunération de référence comme la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise, constituant l'assiette des cotisations et des prestations du Régime Spécial de vieillesse des IEG perçue au cours des 12 derniers mois précédant la date de rupture du contrat de travail. Dans le cas particulier des invalides de catégories 2 et 3, la rémunération de référence est entendue de la dernière pension d'invalidité perçue, complément d'invalidité compris, avant la rupture du contrat de travail.

Lorsque la rupture du contrat de travail fait suite à une suspension de contrat de travail non rémunérée, la rémunération de référence est entendue comme la rémunération principale brute telle que définie au 2^e paragraphe, perçue au cours des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

La cotisation afférente à l'adhésion et au bénéficiaire du maintien des garanties de la CSM est payée directement par l'adhérent à Energie Mutuelle ou au mandataire désigné.

13-2. Pour le(s) Ayant(s) droit du Membre Participant

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

ARTICLE 14. Paiement des cotisations

14-1. Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année. Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux Membres Participants et aux éventuels ayants droit.

Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- Dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- En cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables ;
- En fonction du taux des tarifs des actifs de la Couverture Supplémentaire Maladie.

14-2. Pour les Membres Participants

Pour les adhésions effectives des Membres Participants à partir du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 juin 2017, en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les tarifs applicables ne seront être supérieurs de plus de **50 pour 100 (50%) aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs** adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé visés au Préambule lors de leur adhésion initiale.

Pour les adhésions effectuées à partir du 1^{er} juillet 2017, en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs la première année **aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs** adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé visés au Préambule puis, pour la deuxième année, ils ne peuvent être supérieurs de plus de **25 pour 100 (25%) des tarifs globaux applicables aux salariés actifs** et pour la troisième année de plus de **50 pour 100 (50%) aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs**. Au-delà de ces trois années, les tarifs applicables peuvent être supérieurs. A tout moment, Energie Mutuelle pourra proposer une garantie du Règlement Mutualiste du Livre II d'Energie Mutuelle, à la suite de la demande expresse du Membre Participant par écrit par courriel ou courrier papier au siège de la Mutuelle. L'adhésion sera considérée comme une nouvelle adhésion, pour faire suite au changement de Règlement Mutualiste.

14-3. Pour les ayants droit

Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année. Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux éventuels ayants droit.

14-4. Les cotisations des Membres Participants sont dues mensuellement et d'avance.

14-5. En cas de décès d'un Membre Participant, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

14-6. Lorsqu'une modification de la cotisation due par l'adhérent est consécutive à un changement de la catégorie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit, la Mutuelle procède à la régularisation des cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande de l'adhérent, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à 1 an.

14-7. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations (voir article 22 ci-après).

ARTICLE 15. Défaut de paiement des cotisations

En application de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, le Membre Participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra ses garanties suspendues dans tous leurs effets, trente jours après une mise en demeure effectuée par la Mutuelle. Si la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations.

La Mutuelle se réserve le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant. Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé de la possibilité de résiliation des garanties en cas de non-paiement des cotisations. Dès lors que le Membre Participant paye la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, la garantie non résiliée et le droit aux prestations reprennent pour l'avenir le lendemain du paiement à midi. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

Après radiation, le Membre Participant peut adhérer à nouveau, dans le cadre d'une autre garantie d'Energie Mutuelle, deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion auprès de la Mutuelle. Lors d'un rejet de prélèvement pour motif « titulaire décédé », si les héritiers ne se sont pas manifestés dans les 3 mois suivant le rejet, la garantie est clôturée au cours du mois du rejet de prélèvement.

TITRE VII – PRESTATIONS SANTÉ

ARTICLE 16. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet en cas de maladie, d'accident ou de maternité, d'assurer aux Membres Participants, et le cas échéant à leurs éventuels ayants droit au sens des présentes conditions générales, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite de la dépense effective, pendant la période de validité de leur adhésion au Règlement Mutualiste et en supplément des prestations en nature versées par le Régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG (part de base et/ou part complémentaire).

ARTICLE 17. Définition des prestations

Le préambule des Conditions générales mentionne toutes les rubriques obligatoires présentant la nature des prestations fournies dans la grille de prestations figurant en annexe 1 jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion.

ARTICLE 18. Ouverture du droit aux prestations

18-1. Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale ou sur le décompte de la CAMIEG si le Membre Participant est toujours dépendant de ce Régime ou sur le décompte d'un premier organisme complémentaire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

18-2. Selon le poste de soins, la Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Général, soit au tarif de Convention, soit au tarif d'Autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, l'ostéopathie et la chiropractie, l'acupuncture et l'étiopathie, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- Les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

18-3. Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement Mutualiste présentes dans les Conditions Particulières.

18-4. Sont pris en charge les soins dont la date de référence est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation.

Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date de référence définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

ARTICLE 19. Conditions Générales

19-1. En application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **La majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus) ;**
- **La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;**
- **Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle 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 l'Assurance Maladie ;**
- **Toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les Pouvoirs publics.**

19-2. Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

19-3. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les prestations de la Mutuelle viennent en complément de celles versées par d'autres organismes, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale et du 1^{er} organisme. Les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes complémentaires.

19-4. 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 du Régime d'Assurance Maladie obligatoire ou spécifique des IEG, les montants de remboursements assurés par la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des prestations, avant la modification, sauf décision contraire du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

En tout état de cause, sont toujours applicables les dispositions telles que prévues à l'article 19-13 ci-après.

19-5. En cas d'exonération du ticket modérateur pour un bénéficiaire, les montants de remboursements assurés par Energie Mutuelle sont diminués à due proportion.

Ne font pas l'objet de prestations complémentaires au titre du ticket modérateur, les remboursements assumés à 100% du tarif de responsabilité par l'Assurance Maladie.

19-6. Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du Membre Participant, sauf stipulation particulière de la garantie.

19-7. Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

19-8. En dentaire, le devis fourni par l'adhérent peut être examiné par le chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge de l'adhérent.

19-9. Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés, pour le remboursement, à la chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.

19-10. Les prestations spécifiques pour personnes en situation de handicap sont versées après communication à la Mutuelle d'une copie de la carte d'invalidité faisant apparaître un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% déterminé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de la Carte Mobilité Inclusion mention « Invalidité ». Elles sont étendues aux bénéficiaires pour lesquels le Bureau a donné son accord après proposition de la Commission d'Entraide Santé. Tout justificatif complémentaire pourra être demandé par la Mutuelle afin qu'elle puisse étudier la demande de remboursement.

19-11. La mutuelle verse un forfait annuel pour les accessoires, les fournitures et l'entretien des prothèses auditives prise en charge ou non par la Sécurité sociale.

19-12. Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans est effectué dans les conditions suivantes :

- Un seul accompagnant quel que soit le lien de parenté ;
- Dans le cas où l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé, pour le lit et les repas ;
- Dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.

19-13. Dans le cas de remboursements dont le montant est calculé sur la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), et en l'absence de parution du décret notifiant ce montant au moment de l'impression des plaquettes (voir grille des prestations en annexe) descriptives des garanties, le montant indiqué par la Mutuelle sera celui de l'année N-1.

Dès que le montant et la date d'application du PMSS seront connus pour l'année civile concernée, les remboursements seront effectués sur la base de ce nouveau plafond sans que le montant indiqué sur les plaquettes de la Mutuelle puisse lui être opposé.

19-14. Afin que la garantie conserve son caractère responsable, sont appliqués en outre les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale), notamment en ce qui concerne :

- La prise en charge du ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie obligatoire ;
- La prise en charge illimitée du forfait journalier dans les établissements hospitaliers ;
- Le respect du plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des actes des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues/obstétriques), est limité de la façon suivante :
 - o La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
 - o De plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au dispositif de l'Option Pratique

Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues/obstétriques), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge ;

- Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) ;
 - En revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues/obstétriques) ne font pas l'objet d'un plafonnement.
- Le respect de la périodicité, des planchers et des plafonds des équipements (monture et verres) optique. Le remboursement est limité à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le remboursement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.

19-15. La simulation du remboursement des actes médicaux ou dépassements d'honoraires, en ville, soins externes ou lors d'une hospitalisation, est subordonnée à la réception d'un devis établi par le praticien.

Toutes ces données sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Ce devis doit mentionner expressément la codification des actes, leur nature, les bases de remboursement associés et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

19-16. La qualité « responsable » ou « non responsable » de la garantie choisie à l'adhésion ou en cours de vie du contrat est rappelée aux Conditions Particulières.

ARTICLE 20. 100 % Santé

Afin de continuer à être qualifié de solidaire et responsable, le contrat souscrit par le Membre Participant doit être modifié et intégrer les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

L'arrêté du 30 septembre 2019 garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le régime spéciale spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières. Il adapte les prestations servies au titre du régime complémentaire maladie des assurés des industries électriques et gazières obligatoire au dispositif «100 % santé ».

Si le contrat comporte des garanties optiques dentaires ou auditives, elles sont modifiées de la façon suivante :

20-1. Optique

a. Généralités et spécificités du Régime Spécial des IEG

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2020 :

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- L'équipement optique de « classe A » est sans reste à charge pour l'assuré : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement optique de « classe B » : cet équipement, est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- Soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »
- Soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans la limite du plafond de classe B correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, 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.

Par exception au Régime Général de l'Assurance Maladie, pour les bénéficiaires du Régime Spécial des IEG, les montants des forfaits optiques varient selon que le bénéficiaire ait plus ou moins de dix-huit ans.

b. Définition des verres simples, complexes ou très complexes

VERRES SIMPLES		
<ul style="list-style-type: none"> • Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. 		
VERRES COMPLEXES		
<ul style="list-style-type: none"> • Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, • Verres unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries, • Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 		
VERRES TRÈS COMPLEXES		
<ul style="list-style-type: none"> • Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, • Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 		
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

c. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1er janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun du Régime Général de la Sécurité sociale et du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières	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 monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	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'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux 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 un 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 prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription 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 de verre
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 prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une

20-2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront en vigueur en deux temps : à compter du 1er janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100% santé » puis au 1er janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100% santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

20-3. Aide auditive

Les évolutions entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2021. Par exception, le plafonnement fixé par l'arrêté du 30 septembre mentionné ci-dessus prend effet au 1er janvier 2020.

ARTICLE 21. Versement des prestations

21-1. En cas de télétransmission, le Membre Participant et ses éventuels ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, lorsque ceux-ci sont transmis via le portail Viamedis à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent et/ou ses éventuels ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, ces derniers doivent, pour obtenir leur remboursement, envoyer à Energie Mutuelle les décomptes de prestations de ce dernier et les factures détaillées et acquittées.

21-2. A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG à la Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ;
- Des documents nécessaires pour avoir connaissance des dépenses engagées (note d'honoraires, factures détaillées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme assureur d'un régime frais de santé complémentaire de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restants à la charge de l'adhérent ou à celle de ses ayants droit.

Pour les garanties, à défaut d'information sur les décomptes du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, il appartiendra à l'adhérent de fournir à la Mutuelle la justification de l'adhésion du médecin à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques). En l'absence d'information, les prestations seront versées sur la base de celles prévues pour les médecins non signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques).

21-3. Tiers payant

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au Membre Participant de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement aux professionnels de santé via le portail Viamedis pour le montant que les Bénéficiaires n'ont pas eu à régler. Certains accords avec les professionnels de santé et/ou établissements hospitaliers peuvent nécessiter l'émission d'une prise en charge via le portail Viamedis.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux Bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux Bénéficiaires de l'assurance maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

Lorsque les garanties relèvent de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties du règlement, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

21-4. Il peut être demandé par la Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

Tout justificatif sera demandé notamment dans le domaine de l'optique et des actes pratiqués par des médecins afin que les prestations versées au titre des garanties à caractères de contrat responsable respectent les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

21-5. Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes) et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DEs LIstes). Les actes d'acupuncture et de nutrition doivent être effectués par un médecin. Quant aux étioopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.

21-6. Les prestations sont versées directement au Membre Participant ou à la personne qu'il a désignée, par virement sur un compte bancaire.

Lorsqu'un ayant droit âgé de plus de 16 ans a demandé à recevoir personnellement les prestations, celles-ci lui sont versées directement.

La Mutuelle met à la disposition du Membre Participant, ou de la personne qu'il a lui-même désignée, un relevé des remboursements.

21-7. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé mensuel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque l'adhérent a choisi l'envoi par Internet ou par consultation sur l'espace Adhérent.

ARTICLE 22. Prescription et Indus

22-1. Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant de l'application du présent Règlement Mutualiste est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai pour des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte du Membre Participant sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

Quand l'action du Membre Participant, 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 le Membre Participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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.

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est-à-dire :

- **Soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**
- **Soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive ;**
- **Soit un acte d'exécution forcée.**

Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée par voie postale ou électronique avec accusé de réception, adressée par le Membre Participant ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

22-2. Indus

Dans le cadre des dispositions légales, les sommes versées à tort par la Mutuelle peuvent être récupérées auprès de la personne qui les a perçues. Le Membre Participant est informé par courrier ou par mail de la somme qu'il doit rembourser dès réception du courrier de régularisation envoyée par la Mutuelle.

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par tout moyen de paiement à la Mutuelle.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle au Bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Ce dernier dispose d'une possibilité de contestation

Le débiteur de plusieurs dettes (Bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, la Mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. A égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement.

En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

ARTICLE 23. Soins à l'étranger

Le remboursement des soins à l'étranger est effectué selon les modalités suivantes :

- Sur présentation de l'original ou de la copie en langue française, des factures acquittées, des prescriptions médicales, de la déclaration de soins reçus à l'étranger (formulaire Cerfa n° 12267-04 n° S3125c) ;
- Sur présentation de l'original :
 - o Du remboursement de l'Assurance Maladie de l'Etat membre ;

- Ainsi que le cas échéant du décompte d'un premier organisme complémentaire.

La Mutuelle rembourse sur la base des taux et bases de remboursement appliqués en France dans la limite des frais engagés.

Le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie. La simulation de remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la réception de l'accord préalable du régime d'Assurance Maladie et du devis du praticien.

Energie Mutuelle se réserve le droit de demander la traduction en français des factures présentées.

TITRE VIII – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 24. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Bénéficiaire victime d'un accident dans son action 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 que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. En cas d'accident causé par un tiers, le Membre Participant doit impérativement signaler l'accident à la Mutuelle afin qu'elle puisse exercer son droit de recours contre tiers.

ARTICLE 25. Fausse déclaration – Nullité de la garantie

25-1. Fausse déclaration intentionnelle

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au Membre Participant et à ses ayants droit 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.

La Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

Le contrat est annulé de plein droit. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

25-2. Fausse déclaration non intentionnelle

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 26. Déchéance en cas de fraude

Le Membre Participant qui effectue une déclaration frauduleuse à l'occasion de la demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause. La preuve de la mauvaise foi et de la falsification de la déclaration incombe à la Mutuelle afin de justifier la déchéance.

ARTICLE 27. Réclamations

Pour toute insatisfaction, mécontentement, le Membre participant peut s'adresser, à son interlocuteur habituel afin d'obtenir une réponse.

Par courriel, dans le formulaire « Nous contacter », accessible sur l'espace Adhérent à l'adresse suivante [adh-mutienga.energiemutuelle.fr/](mailto:adh-mutienga.energiemutuelle.fr)

Sélectionnez la rubrique «Etape 1 : Vous souhaitez exprimer un mécontentement, une insatisfaction ?» puis le sujet concerné, par exemple «Prestations»

Ou par téléphone au 09 69 32 37 37
Du lundi au vendredi de 9h à 17h ;

Ou par courrier à :

Energie Mutuelle
Service Relation Adhérents
66 avenue du Maine (Tour Héron)
75014 PARIS

Si la réponse reçue ne satisfait pas le membre participant, ce dernier peut alors saisir le service Réclamation. En cas de désaccord, de réclamation avec la réponse apportée ou litige, le membre participant a la faculté de s'adresser

Par courriel dans le formulaire « Nous contacter », accessible sur l'espace Adhérent

Ou par courrier à :

ENERGIE MUTUELLE
Service Réclamation
4 rue Fulton - 49000 ANGERS

ou par courriel à l'adresse suivante : reclamation@energiemutuelle.com ou sur votre espace Adhérent à l'adresse suivante adh-mutiega.energiemutuelle.fr/

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation. Les chargés de réclamation de la Mutuelle accuseront nominativement réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception au service Réclamation, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai.

La Mutuelle s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Si toutefois, après l'intervention du service Réclamation, le désaccord persiste, le Membre Participant a la faculté de faire appel au Médiateur de la Consommation de la Mutualité française désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 71 des Statuts de la Mutuelle. Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur de la Consommation de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française
FNMF - 255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

Ou en renseignant le formulaire sur le site ci-dessous :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le Médiateur, personnalité extérieure à Energie Mutuelle, propose une solution en toute indépendance.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

Un litige ne peut pas être examiné par le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française lorsque :

- Le Membre ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un tribunal ;
- Le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

Le recours au Médiateur de la Consommation suspend la prescription en application de l'article 2238 du Code Civil.

ARTICLE 28. Protection des données

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'adhérent reconnaît avoir été informé par la mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

ENERGIE MUTUELLE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté :

- Par email à l'adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ;
Ou par courrier : Energie Mutuelle,
Correspondant Délégué à la Protection des Données
4 rue Fulton – 49000 ANGERS.

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent peuvent être collectées et traitées au titre de :
 - La souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'autres organismes du groupe Energie Mutuelle auquel la mutuelle appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'adhérent pour la gestion le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
 - La gestion des avis de l'adhérent sur les produits, services ou contenus proposés par la mutuelle ou ses partenaires ;
 - L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
 - La proposition à l'adhérent de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire le reste à charge ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires ;
 - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'organisme s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'adhérent pour d'autres finalités que celles précitées.

L'adhérent reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'adhérent, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus.

En pratique, la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Le consentement du titulaire de l'autorité parentale sera demandé pour l'utilisation des données personnelles des mineurs de moins de 15 ans dans le cadre de la gestion de données de la mutuelle, sauf exception pour les données concernant le dossier médical personnel du mineur.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités de la mutuelle dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et les partenaires.

La mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'adhérent ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'adhérent sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'adhérent varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de la mutuelle et des prescriptions légales applicables.

La mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'adhérent(e) et (2) à notifier à la CNIL et informer l'adhérent en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'adhérent dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'adhérent dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité :

- Par email à l'adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ;
- Ou par courrier : Energie Mutuelle,
Correspondant Délégué à la Protection des Données
4 rue Fulton – 49000 Angers.

L'adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,
3 Place de Fontenoy - TSA 80715,
75334 PARIS CEDEX 07.

ARTICLE 29. Contrôle

29-1. ACPR

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

29-2. Contrôle de la Mutuelle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle ou de demander des justificatifs complémentaires à tout Membre Participant qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

ARTICLE 30. Législation

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité et par la législation française.

ARTICLE 31. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et notamment les dispositions issues du Code Monétaire et Financier, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres Participants et leurs ayant droits éventuels.

Elle est ainsi fondée, à demander aux Membres Participants et leurs ayants droit, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

ARTICLE 32. Bloctel

Le Membre Participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : BLOCTEL.

ARTICLE 33. Tribunaux compétents

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige).

TITRE IX – MODIFICATIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT – INFORMATIONS

ARTICLE 34. Modification du présent Règlement – Informations

34-1. Modification du présent Règlement

Les présentes Conditions Générales peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration dans les modalités mentionnées dans les Statuts.

34-2. Information des Membres Participants

Chaque Membre Participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie exclusivement numérique, les Statuts, le Règlement Intérieur et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive sur la distribution d'assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux adhérents. Le Membre Participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle. Nos conseillers en assurance sont rémunérés par Energie Mutuelle pour la distribution de la garantie CSM EVIN. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

En cas de modification du présent Règlement Mutualiste, des Conditions Générales, des Conditions Particulières, des Statuts, et du Règlement Intérieur et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties, le Membre Participant est informé des modifications survenues exclusivement par un envoi électronique.

34-3. Modifications de la législation

Le présent Règlement est établi en fonction de la législation sociale française en vigueur lors du Conseil d'Administration le plus proche du début de l'exercice qu'il concerne. Il peut être modifié pour ne pas enfreindre les dispositions légales et/ou réglementaires intervenant postérieurement. Il en va notamment ainsi en cas de modifications intervenant sur le contenu des contrats responsables prévus aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

34-4. Information de la Mutuelle

Le Membre Participant informe la Mutuelle des modifications intervenues dans sa situation familiale et/ou professionnelle dans le délai de deux mois après la modification. En cas de non-respect de ce délai, la modification est enregistrée sans que ses conséquences ne puissent produire d'effet au-delà d'un an avant la date de réception de l'information.