
RÈGLEMENT MUTUALISTE CSM CCAS LOI EVIN 2017

Avec décret
Applicable au 1er juillet 2018

**Couverture Supplémentaire Maladie
des anciens salariés conventionnés
de la Caisse Centrale d'Activités Sociales
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), 61 rue Taitbout -
75436 PARIS Cedex 9

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

SOMMAIRE

Préambule

Titre I – Bénéficiaires

Article 1. Objet

Article 2. Les Membres Participants

Titre II – Adhésion - Changement de situation - Résiliation

Article 3. Adhésion

Article 4. Obligation de signalement de tout changement de situation

Article 5. Conditions d'âge à l'adhésion

Article 6. Perte de la qualité du Membre Participant

Titre III – Prestations santé

Article 7. Risques couverts

Article 8. Définitions des prestations

Article 9. Ouverture du droit aux prestations

Article 10. Conditions générales

Article 11. Versement des prestations

Article 12. Prescription et Indus

Article 13. Soins à l'étranger

Titre IV – Cotisations

Article 14. Fixation de la cotisation

Titre V – Dispositions diverses

Article 15. Subrogation

Article 16. Fausse déclaration - Nullité de la garantie

Article 17. Déchéance en cas de fraude

Article 18. Réclamations

Article 19. Protection des données

Article 20. Contrôle

Article 21. Législation

Article 22. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Article 23. Bloctel

Article 24. Tribunaux compétents

Titre VI – Modifications du présent Règlement - Informations

Article 25. Modifications du présent Règlement - Informations

Titre VII – Annexe

Article 26. Liste des annexes

Annexe 1 : Grille de prestations

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 : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la CCAS ont instauré par accord du 21 décembre 2010 une Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire au profit des salariés conventionnés en activité.

Cet accord désigne Energie Mutuelle (ex-Mutieg) en tant qu'organisme assureur de ladite couverture.

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 13-2 du contrat d'assurance collective frais de santé assuré par Energie Mutuelle (ex-Mutieg) 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 salariés conventionnés, 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 du Membre Participant.*

Le maintien des garanties du présent contrat est facultatif : les Bénéficiaires prennent en charge la totalité du paiement de la cotisation. En aucun cas, la CCAS 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 du 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 13-2 énoncé précédemment et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle.

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

- hospitalisation (frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, frais de transport, forfait journalier, chambre particulière et frais d'accompagnant)
- soins courants
- optique
- dentaire
- appareillage
- cure thermale
- prévention

L'ensemble, constitué par les garanties accordées dans le cadre du Règlement Mutualiste d'Energie Mutuelle respecte globalement 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).

TITRE I – BÉNÉFICIAIRES

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, de définir pour les personnes relevant de l'article 4 de la loi Evin, dans le cadre des contrats collectifs frais de santé visés au Préambule assurés par la Mutuelle Energie Mutuelle, et ayant demandé leur adhésion au présent Règlement, le contenu et la durée des engagements existant entre ces Membres Participants, personnes physiques, et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. 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. Les 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 du présent Règlement Mutualiste auquel ils ont adhéré.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent 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 du contrat collectif assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle, mis en place suite à l'accord collectif rappelé au Préambule.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent 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 questionnaires médicaux :

- 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 6 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 12 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.

Une personne qui, dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, devient Membre Participant de la Mutuelle et n'est pas affiliée au régime CAMIEG, ne peut se voir appliquer un taux de Taxe de Solidarité Additionnelle à 13,27% (le taux applicable de TSA est de 20,27%).

Le Règlement Mutualiste étant conçu pour intervenir en complément du régime CAMIEG, la non-affiliation à ce régime CAMIEG implique, pour un Membre Participant non affilié, qu'il conserve à sa charge exclusive la part complémentaire non remboursée par la CAMIEG.
Des modalités spécifiques de gestion sont mises en place pour un Membre Participant non affilié CAMIEG.

TITRE II – ADHÉSION - CHANGEMENT DE SITUATION - RÉSILIATION

ARTICLE 3. Adhésion

3-1. L'adhésion du Membre Participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli. Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées.

La signature du bulletin d'adhésion 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.

La Mutuelle met à disposition préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste ou d'une fiche d'information définie à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité.

Toute modification du Règlement Mutualiste est notifiée aux Membres Participants conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité.

3-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours à réception de la demande si le dossier est complet et comprend :

- nécessairement 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,
- la photocopie de l'attestation papier de droits CAMIEG,
- une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou décès du salarié.

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

3-3. Durée et renouvellement des garanties

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. 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 suite à une résiliation, par radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux Statuts.

3-4. 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 avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités dans un délai de trente jours calendaires à compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet (dans le cadre d'une adhésion à distance) ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion (dans le cadre d'une adhésion par démarchage à domicile).

Le délai de 14 jours applicable en cas de démarchage à domicile étant inclus dans ce délai de trente jours.

Un modèle de lettre de renonciation est compris dans le bulletin d'adhésion, comme selon l'exemple suivant :

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 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.

3-5. Obligation de communication de pièces

Toutes les pièces sollicitées par la Mutuelle à l'occasion de l'adhésion ou d'une demande de prise en charge sont nécessaires à l'instruction du dossier et doivent lui être communiquées. A défaut, la Mutuelle ne pourra servir ses prestations.

ARTICLE 4. Obligation de signalement de tout changement de situation

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

- nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- droit à la CMU-C ;
- 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 faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, 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.

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.

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

ARTICLE 6. Perte de la qualité du Membre Participant

6-1. Résiliation par le Membre Participant

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle. La résiliation prendra effet le dernier jour du mois de la réception de la lettre à minuit sous réserve que le Membre Participant soit à jour de ses cotisations.

6-2. Radiation pour non-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.

6-3. Autres résiliations en cours 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 événements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- changement de domicile ;
- 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.

6-4. 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 6-1 à 6-3 ci-avant, elle ne peut plus demander par la suite d'y adhérer à nouveau.

TITRE III – PRESTATIONS SANTÉ

ARTICLE 7. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet en cas de maladie, d'accident ou de maternité d'assurer aux Membres Participants, 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 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 8. Définition des prestations

La nature des prestations fournies aux Bénéficiaires dans le cadre du présent Règlement comporte obligatoirement toutes les rubriques ci-dessous :

- soins courants
- optique
- dentaire
- hospitalisation
- prévention
- appareillage
- cure thermale

selon une grille de prestations figurant en annexe 1 qui est jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion.

ARTICLE 9. Ouverture du droit aux prestations

9-1. Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale, sur le décompte de la CAMIEG si le Membre Participant est toujours dépendant de ce Régime, sur le décompte d'un premier organisme complémentaire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

9-2. 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.

9-3. Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement Mutualiste.

9-4. 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 10. Conditions générales

10-1. Sont expressément exclues des remboursements les prestations suivantes :

- **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) ;**
- **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.**

10-2. 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.

10-3. 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.

10-4. En cas de modification des actes figurant à l'article 8

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 10-11 ci-après.

10-5. 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.

10-6. 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 Bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la garantie.

10-7. 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.

10-8. 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.

10-9. 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.

10-10. 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 être opposé à la Mutuelle.

10-11. 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/obstétriciens) 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/obstétriciens), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge ;
 - o ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) ;
 - o en revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues/obstétriciens) 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.

10-12. 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 associées et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

ARTICLE 11. Versement des prestations

11-1. En cas de télétransmission, le Membre Participant est dispensé de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, lorsque ceux-ci sont transmis 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 a bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ce dernier doit pour obtenir son remboursement, envoyer à Energie

Mutuelle les décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG et les factures détaillées et acquittées.

11-2. A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou 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 Obligatoire d'Assurance Maladie ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ou téléchargés sur le site Internet de l'Assurance Maladie ;
- 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 restant à la charge de l'adhérent.

Pour les garanties, à défaut d'information sur les décomptes du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le cas échéant d'un organisme complémentaire, 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).

11-3. 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 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.

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.

11-4. Il peut être demandé par la Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ou d'un premier organisme complémentaire 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.

11-5. 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.

11-6. 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 d'un Membre Participant décédé 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.

11-7. 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.

ARTICLE 12. Prescription et Indus

12-1. 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, 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 Obligatoire d'Assurance Maladie ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie obligatoire.

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 avec accusé de réception, adressée par le Bénéficiaire 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.

12-2. 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 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, l'Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

ARTICLE 13. 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 ;
 - o 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 IV – COTISATIONS

ARTICLE 14. Fixation de la cotisation

14-1. La cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération principale dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale. Il convient d'entendre la rémunération principale 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 bénéfice du maintien des garanties de la CSM CCAS est payée directement par l'adhérent à Energie Mutuelle ou au mandataire désigné.

14-2. Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année. 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 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 Energie Mutuelle (ex-Mutieg) n° 201102 visé au Préambule puis, pour la deuxième année, ils ne peuvent être supérieurs de plus de 25 pour 100 des tarifs globaux applicables aux salariés actifs et pour la troisième année de plus de 50 pour 100 aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

14-3. Les cotisations des Membres Participants sont dues mensuellement et d'avance.

14-4. En cas de décès d'un Membre Participant, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

14-5. Lorsqu'une modification de la cotisation due par l'adhérent est consécutive à un changement de la catégorie d'adhésion, 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

14-6. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations (voir article 12-1 ci-avant).

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 15. 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 16. Fausse déclaration - Nullité de la garantie

16-1. Fausse déclaration intentionnelle

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

16-2. 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 17. 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 18. Réclamations

Pour toute réclamation ou litige, le Membre Participant a la faculté de s'adresser par courrier à :

Energie Mutuelle - Service Réclamation - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS ou par courriel
reclamation@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 par email : mediation@mutualite.fr

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

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

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 19. 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(e) reconnaît avoir été informé(e) 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 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 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 20. Contrôle

20-1. ACPR

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.

20-2. 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 médical ou de demander des justificatifs complémentaires à tout Bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

ARTICLE 21. Législation

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

ARTICLE 22. 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.

Elle est ainsi fondée, à demander aux Membres Participants, 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 des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

ARTICLE 23. 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 24. Tribunaux compétents

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le Tribunal d'Instance, soit le Tribunal de Grande Instance).

TITRE VI – MODIFICATIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT - INFORMATIONS

ARTICLE 25. Modification du présent Règlement - Informations

25-1. Modification du présent Règlement

Le présent Règlement ne peut n'être modifié que par le Conseil d'Administration dans les modalités mentionnées dans les Statuts.

25-2. 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. 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.

En cas de modification du présent Règlement Mutualiste, 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.

25-3. 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.

25-4. 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.

TITRE VII – ANNEXE

ARTICLE 26. Liste des annexes

Le présent Règlement comprend une annexe :

- Annexe 1 : Grille de prestations

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM CCAS LOI EVIN 2018

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS Loi Evin. Ces remboursements viennent s'ajouter aux prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par la CAMIEG.

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1er janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1er avril 2015.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	CSM CCAS LOI EVIN 2018
SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	40% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	20% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	60% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	35% des frais réels dans la limite de 100 € par séance et 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses - Prélèvements	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pansements	40% de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50% pour les soins courants (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	OUI

OPTIQUE	
Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.	
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	440% de la BR
Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	1 300% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile et par bénéficiaire)	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE	
Soins	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	150% de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire :	
- 1 ou 2 dents	2% du PMSS
- 3 dents	4% du PMSS
- par dent supplémentaire	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur les frais réels limités à 500€ par an	30% des frais réels

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)	
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.	
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné	100% de la BR
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS
Chambre particulière (60 jours par année civile)	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS / jour

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	1,4% du PMSS
Véhicule pour personnes handicapées accepté par la Sécurité sociale	90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	8% du PMSS
Prévention :	
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	70% de la BR
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70% de la BR
Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	3,85% du PMSS

*Les données concernant la CAMIEG sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

SS : Sécurité Sociale

Rbt : Remboursement

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2018 est de 3 311€)

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM – Co : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

IMPORTANT

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

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.

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics.

Les garanties ne prennent pas en charge, notamment :

- la participation forfaitaire de 1€ par acte ;
- la participation forfaitaire de 0,50€ par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical ;
- la participation forfaitaire de 2€ par transport médical ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les 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 ;
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Ex. : accès à un médecin sans consultation préalable du médecin traitant

Elles respectent les obligations issues du décret du 18 novembre 2014 à savoir :

- la limitation des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins ;
- la prise en charge intégrale du forfait journalier en hospitalisation ;
- la périodicité pour les prestations d'équipement optique (verres + monture) ;
- les planchers et plafonds pour les équipements optiques.