

notice

D'INFORMATION

1^{ER} JANVIER 2021

Couverture Supplémentaire Maladie des
agents statutaires de la Branche des
Industries Electriques et Gazières

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 538 518 473
Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS

ENERGIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 419 049 499
Siège social : 45-49 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS

SMI

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 784 669 954
Siège social : 2 rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08



SOMMAIRE

Définitions	p.3
Préambule	p.5
- La mise en place de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	
- Quelles sont les prestations frais de santé assurées par chaque Mutuelle Partenaire ?	
- Votre notice d'information	
Votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.6
- Vos prestations frais de santé	
- Précisions	
- Modalités de calcul des prestations	
- Paiement des prestations	
- Fonds Social dédié	
Votre affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.13
- Obligations de votre Employeur	
- Vos obligations	
- Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit	
Au cours de votre affiliation	p.14
- Paiement des cotisations	
- Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit	
- Radiation de votre affiliation	
- Radiation d'un ou de tous vos ayants droit	
- Conséquences de la résiliation des Contrats d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit	
Cas de maintien à titre obligatoire de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) ou au titre du maintien temporaire pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage	p.16
- Maintien de la CSM à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par votre Employeur	
- Maintien de la CSM pendant une durée maximale de douze mois pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage	
Cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.17
- Maintien de la CSM à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par votre Employeur	
- Maintien des garanties à titre facultatif pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989	
- Paiement des cotisations	
- Conséquences du défaut de paiement des cotisations	
- Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif	
Dispositions diverses	p.18
- Prescription	
- Réclamations et litiges	
- Subrogation	
- Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle	
- Contrôle	
- Échange de données informatisées	
- Protection des données	
- Services	
Contacts	p.26
- Site Internet dédié	
- Pour toute question relative aux adhésions, cotisations, devis et prises en charge et prestations	
- Fonds Social dédié	

DÉFINITIONS

→ **Affiliation** : Adhésion automatique et obligatoire des agents statutaires qui bénéficient en conséquence des prestations frais de santé issues de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) et assurées par les Mutuelles Partenaires. Ils doivent remplir et dûment compléter à ce titre un Bulletin Individuel d’Affiliation permettant, notamment, de couvrir à titre obligatoire leurs éventuels ayants droit tels que définis à la présente notice. Les entreprises de la branche des IEG ont opté pour un processus de gestion, P1 ou P2 (présentés ci-dessous). En fonction du processus choisi par leur entreprise (cf. détail de la liste des entreprises relevant des processus P1 et P2 sur le site Internet de la CSM

https : <https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2>

les modalités d’affiliation des salariés et de leurs ayants droit ne sont pas les mêmes.

Processus 1 : Les salariés des entreprises relevant du P1 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d’Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment RIB et attestation CAMIEG pour les ayants droit (et par la suite, leurs formulaires de modification de situation), directement à MUTIEG A ASSO.

Processus 2 : Les salariés des entreprises relevant du P2 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d’Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment RIB et attestation CAMIEG pour les ayants droit, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise, qui se charge ensuite d’envoyer ces éléments à MUTIEG A ASSO. Leurs demandes ultérieures de modification de situation familiale devront en revanche être adressées, via le formulaire de modification de situation familiale, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise **ET** à MUTIEG A ASSO.

Par exception, les formulaires de modification de coordonnées, les bulletins pour demander le maintien de la CSM à titre facultatif en cas de « Congé sans solde » et les bulletins d’adhésion « Loi Evin » seront à communiquer uniquement à MUTIEG A ASSO.

→ **Entreprises Adhérentes** : Les Entreprises ou organismes relevant du champ d’application de l’accord de branche des IEG en date du 4 juin 2010, qui adhèrent aux Contrats d’assurance collective des trois Mutuelles Partenaires ci-après définies.

→ **Membres Participants** : Agents statutaires des Entreprises adhérentes relevant d’une affiliation à titre obligatoire ou d’un maintien des prestations frais de santé à titre facultatif.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre obligatoire sont :

- Les agents statutaires en activité ;
- Les agents statutaires, dont le contrat de travail est suspendu, mais qui ouvrent droit au maintien obligatoire de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), dès lors que la suspension du contrat de travail fait l’objet d’un maintien total ou partiel de rémunération par l’Employeur ou que l’agent bénéficie d’une prestation financée par l’Employeur.

Ces cas sont notamment les suivants :

- Les agents statutaires, en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d’origine professionnelle ou non, pour maternité ou paternité ;
- Les agents statutaires en congé épargne-temps ;
- Les agents statutaires en invalidité de catégories 2 et 3 ;
- Les agents statutaires en congé pris au titre du congé individuel de formation ou du compte personnel de formation, faisant l’objet d’une prise en charge par l’OPACIF ;
- Les agents en congé de présence parentale et en congé de solidarité familiale.
- Les agents statutaires dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient des allocations chômage de Pôle Emploi (à condition également de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite des Industries Electriques et Gazières (IEG)) dans le cadre de l’application de l’article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif sont :

- Les agents statutaires dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que :
- La suspension ne donne pas lieu à maintien de la rémunération, ni au versement d’une prestation financée par l’Employeur.
- Ils continuent de bénéficier d’une couverture de la CAMIEG au titre de la PUMA (Protection Universelle MALadie)

Les Membres Participants ouvrent le droit au bénéfice des remboursements de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) à leurs éventuels ayants droits couverts à titre obligatoire.

→ **Ayants droit couverts à titre obligatoire** : Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes telles que définies à l’article 3-2 de l’accord de branche du 4 juin 2010 modifié par l’avenant n°2 en date du 16 novembre 2015 soit :

- Les enfants et le conjoint ayants droit du Régime Spécial d’Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières, tels que définis au 1° et 2° du VI de l’article 1^{er} de l’arrêté du 30 mars 2007 modifié par l’arrêté du 23 novembre 2010 relatif au Régime Spécial d’Assurance Maladie et Maternité des Industries Electriques et Gazières, et plus précisément :

DÉFINITIONS

Les ayants droit bénéficiaires des garanties frais de santé sont les personnes bénéficiaires du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois ¹ la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :

- o Le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le Régime Spécial des IEG ;
- o L'enfant célibataire du Membre Participant à la charge de l'ouvrant droit, 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, la pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
 - Âgé de 26 ans au plus ;
 - Ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} anniversaire ;
 - Ou 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.

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

Une dispense d'adhésion est ouverte de droit en application des dispositions de l'article D.911-3 du Code de la Sécurité Sociale au choix du salarié, pour ses ayants droit ci-dessus définis, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs à titre obligatoire, au titre d'une autre couverture complémentaire santé* et à condition de le justifier chaque année auprès de son employeur.

* Les autres couvertures complémentaire santé couvrant à titre obligatoire les ayants droit sont définies par un arrêté ministériel qui, en l'état de la dernière réglementation en vigueur, prévoit les cas suivants :

- Être couvert par un dispositif de prévoyance complémentaire obligatoire et collectif (conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- Être couvert par le Régime Local d'Assurance Maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la Sécurité Sociale ;
- Être couvert par le Régime Complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 ;
- Être couvert dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;
- Être couvert dans le cadre des dispositions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents ;
- Être couvert dans le cadre des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

→ **Bénéficiaire** : Toute personne qui bénéficie des prestations frais de santé définies dans la présente notice, à savoir le Membre Participant et ses ayants droit couverts à titre obligatoire.

→ **Période de garantie** : Période comprise entre la date d'effet de l'affiliation de l'agent statutaire et la date d'effet de sa radiation.

→ **Mutuelles Partenaires** : Mutuelles assurant les prestations frais de santé qui composent la CSM de la branche des IEG :

- HARMONIE MUTUELLE ;
- ENERGIE MUTUELLE ;
- SMI.

→ **MUTIEG A ASSO** : Organisme gestionnaire désigné par les Mutuelles Partenaires ayant pour mission d'assurer les affiliations des agents statutaires, le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations frais de santé.

(1) A titre exceptionnel au titre de l'année 2013, pour les seuls bénéficiaires ayant perdu au 1^{er} janvier 2015, en raison de la modification de l'assiette fiscale introduite par la loi de finances pour 2014, la qualité d'ayant droit définie sur la base des revenus perçus au titre de l'année 2013, ce seuil est porté à 1 980 fois la moyenne annuelle des valeurs du SMIC.

PRÉAMBULE

● La mise en place de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré, au 1^{er} janvier 2011, par accord du 4 juin 2010, une Couverture obligatoire au profit des agents statutaires en activité des Entreprises et des organismes de la branche des IEG. Cet accord désigne les Mutuelles Partenaires, HARMONIE MUTUELLE, ENERGIE MUTUELLE et SMI en tant qu'organismes assureurs de ladite Couverture.

Cet accord a fait l'objet de cinq avenants dont le dernier a pris effet le 1^{er} janvier 2021

La CSM permet en cas de maladie, d'accident, d'origine professionnelle ou non, ou de maternité, de vous assurer en votre qualité de Membre Participant ainsi qu'à vos éventuels ayants droit (tels que définis ci-avant dans la présente notice) couverts par la CAMIEG (régime de base et/ou régime complémentaire), le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite des dépenses effectives et, en complément des prestations versées par la CAMIEG.

Champ d'application : Les dispositions de la présente notice s'appliquent en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-mer, ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

En raison de l'adhésion de votre Employeur aux Contrats d'assurance collective des trois Mutuelles Partenaires, vous êtes affilié à ces trois Mutuelles et acquérez la qualité de Membre Participant.

● Quelles sont les prestations frais de santé assurées par chaque Mutuelle Partenaire ?

Au titre du Contrat d'assurance collective n°300673, la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE est assureur des prestations :

- Soins courants ;
- Optique ;
- Dentaire.

Au titre du Contrat d'assurance collective n°201101, la Mutuelle ENERGIE MUTUELLE est assureur des prestations :

- Hospitalisation (frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération) ;
- Prévention ;
- Appareillage ;
- Cure thermale.

Au titre du Contrat d'assurance collective n°13728, la Mutuelle SMI est assureur des prestations :

- Hospitalisation (forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnant).

● Votre notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les conditions et modalités de mise en œuvre des prestations frais de santé de votre Couverture Supplémentaire Maladie à effet du 1^{er} janvier 2021.

Les modifications des Contrats d'assurance collective pourront donner lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles Partenaires.

VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

Les prestations remboursées au titre de la CSM sont modifiées à compter du 1^{er} janvier 2021, de manière à mettre en conformité la grille avec les nouvelles exigences de la réforme du 100 % Santé et avec les nouveaux engagements concernant la lisibilité des garanties signés par l'UNOCAM le 14 février 2019

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels .	CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2021
	Régime de base	Régime complémentaire	
SOINS COURANTS			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	40 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %
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)	70 %	50 %	100 %
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)	70 %	50 %	80 %
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34 € par séance dans la limite de 12 séances par année civile
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS (24,00 €) par année civile
Pansements	60 %	60 %	40 %
Le taux de remboursement est majoré de 50 % (sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.			
OPTIQUE			
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	35 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 34,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00 €)
Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	77 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 76,97 € pour le régime complémentaire) ⁽²⁾	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)
Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :			
Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾			
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 185,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :			
Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾			
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B ***	60 %	60 %	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (51,42 €) par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €) par année civile****
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS (1 096,96 €) par année civile et par œil
<small>(1) La prise en charge de la CSM est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la CSM (monture et verres) sont différenciés entre Adulte (à partir de 18 ans) et Enfant (moins de 18 ans). La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).</small>			
<small>(2) Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77 € (y compris le régime de base à 0,06 € soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la CSM au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg.</small>			
<small>* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.</small>			
<small>** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale.</small>			
<small>*** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).</small>			
<small>**** Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge</small>			
DENTAIRE			
SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes et stomatologues)	70 %	50 %	100 %
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)			
Radiologie dentaire			
PROTHÈSES DENTAIRES			
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis règlementairement) ⁽¹⁾	70 %	425 %	Sans reste à charge ⁽¹⁾
- Panier reste à charge maîtrisé	70 %	425 %	150 %
- Panier tarifs libres :			
- prothèses	70 %	425 %	150 %
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	70 %	425 %	10,5 % du PMSS (354,94 €) par couronne sur implant

VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels. Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.	CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2021
	Régime de base	Régime complémentaire	
DENTAIRE (suite)			
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :			
- 1 à 2 dents	-	-	2 % du PMSS (68,56 €)
- 3 dents	-	-	4 % du PMSS (137,12 €)
- par dent supplémentaire	-	-	1 % du PMSS (34,28 €)
ORTHODONTIE	100 %	260 %	200 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300 %
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :			150 %
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	
Implants - maximum 5 implants par année civile et par bénéficiaire ⁽¹⁾	-	-	20 % du PMSS (685,60 €) par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	-	-	8,4 % du PMSS (287,95 €) par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-	30 % des frais réels par année civile
<small>(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la CSM dans la limite des honoraires limités de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale. (2) Prise en charge pour le curage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.</small>			
<small>(3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».</small>			
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE			
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %	100 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 085,20 €)
AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables à compter du 1 ^{er} janvier 2021 fixée à 1700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)			
Remboursement du 1^{er} janvier 2021 :			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) ** : Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1.700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1.700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ***	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (47,99 €) par année civile
<small>* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires. ** La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsable de 1700 € par oreille. *** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.</small>			
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)			
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	80 % / 100 %	20 % / 0 % Honoraires : 220 % / 200 %	100 %
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-
Forfait journalier hospitalier 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 (34,28 €)
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)	-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
<small>- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. - L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées. - Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.</small>			
AUTRES PRESTATIONS			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %	8 % du PMSS (274,24 €)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie	70 %	50 %	2,8 % du PMSS (95,98 €)
Pack Prévention annuel incluant : - 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 Alzheimer ; - test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin.			3,85 % du PMSS (131,98 €) par année civile

Les % indiqués dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement)

Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Mutieg A Asso.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2021 est de 3 428 €).

Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire ainsi que la Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social de la CSM.

VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

● Vos prestations frais de santé

● Grille optique

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garantie ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille Optique des verres :

Grille optique CSM pour Adulte (à partir de 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
2,25-4	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
4,25-6	35,0 €	55,0 €	94,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
6,25-8	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
8,25-12	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €
12,25 et +	115,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €

Grille optique CSM pour Enfant (- 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,0 €	66,0 €	123,0 €	173,0 €	192,0 €	192,0 €
2,25-4	53,0 €	66,0 €	123,0 €	173,0 €	192,0 €	192,0 €
4,25-6	53,0 €	66,0 €	123,0 €	191,0 €	192,0 €	192,0 €
6,25-8	118,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	192,0 €	192,0 €
8,25-12	118,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	294,0 €	294,0 €
12,25 et +	198,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	294,0 €	294,0 €

Légende : (a)

Verre simple Verre complexe Verre très complexe

(a) Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

● Précisions

● Respect des dispositions du contrat responsable

- La présente notice respecte les conditions du contrat responsable :

- **Pour le ticket modérateur**, les garanties comprennent bien la prise en charge totale ou partielle de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance Maladie prévue au I de l'article L.160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.

- **Les prestations liées à la prévention** telles qu'exigées par le contrat responsable sont bien prévues aux garanties CSM.

- **Le forfait journalier** prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité Sociale pour les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement et sans limitation de durée.

- **Le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie et Obstétrique (chirurgiens ou gynécologues/obstétriciens)** respecte les limites prévues au paragraphe 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir : La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable.

De plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou 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.

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) n'adhérant pas au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens).

En revanche, le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), n'est pas concerné par ce plafonnement.

Notons que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

L'accès sans reste à charge de certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires est garanti par le régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières (CAMIEG) et la CSM dans le cadre du **dispositif «100 % santé»**.

• Optique

• Généralités et spécificités du Régime CAMIEG

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur le 1^{er} 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 (100 euros maximum pour la monture suite au remboursement de base, au remboursement complémentaire et au remboursement de la CSM).

Pour les bénéficiaires du Régime Spécial des IEG, les montants des forfaits optiques varient selon l'âge du bénéficiaire (plus ou moins de dix-huit ans).

- Définition des verres simples, complexes ou très complexes

VERRES SIMPLES

- 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

- 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,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- 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 TRES COMPLEXES

- 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 dioptries 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.

• 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 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement 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 des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

• Dentaire

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur en deux temps : à compter du **1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100% santé » puis au **1^{er} 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.

• Aide Auditive

Les évolutions suivantes entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros par aide auditive prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans, suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017. **Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.**

• Exclusions de prises en charge prévues par le dispositif du « contrat responsable »

En application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale relatives au contrat responsable, sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles Partenaires :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au 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 seize 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 par l'assurance maladie complémentaire sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles Partenaires ;
- toute autre mesure d'exclusion induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics est exclue des remboursements accordés par la Mutuelle Partenaire et qui fera l'objet d'un nouvel avenant au contrat CSM.

● Modalités de calcul des prestations

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG et si nécessaire du Régime de Sécurité sociale ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

Selon le poste de soins, les Mutuelles Partenaires déterminent le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Obligatoire 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, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales et en cas d'hospitalisation ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Les remboursements, découlant des prestations frais de santé, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des Bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le Bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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, les montants de remboursements assurés par les Mutuelles Partenaires demeurent au niveau atteint avant la modification, à défaut de révision des Contrats d'assurance collective.

Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes), de psychologue 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.

● Paiement des prestations

Les prestations vous sont versées directement, ou à la personne que vous avez désignée, par virement sur un compte bancaire.

MUTIEG A ASSO met à votre disposition, ou à la disposition de la personne que vous avez désignée, un relevé des remboursements.

1 / En cas de télétransmission

Vous et vos ayants droit êtes dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial géré par la CAMIEG ou le Régime de Sécurité sociale, lorsque lesdits Régimes les transmettent à MUTIEG A ASSO par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par MUTIEG A ASSO sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque vous et vos ayants droit avez bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Spécial géré par la CAMIEG ou le Régime de Sécurité sociale, vous devez, pour obtenir leur remboursement, envoyer à MUTIEG A ASSO les décomptes de prestations émis par le Régime Spécial géré par la CAMIEG ou le Régime de Sécurité sociale et les factures détaillées et acquittées.

2 / A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial géré par la CAMIEG ou le Régime de Sécurité sociale à MUTIEG A ASSO, les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Spécial géré par la CAMIEG et si nécessaire, par le Régime de Sécurité sociale 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 « responsable », de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit.

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour vous éviter 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 vous et vos ayants droit n'avez pas eu à régler.

● Fonds Social dédié

Des aides exceptionnelles et ponctuelles dans le cadre de secours et de situations particulièrement dignes d'intérêt en lien avec le risque « frais de santé » (liés à une maladie professionnelle ou non, à un accident, un accident du travail, une maternité) pourront être attribuées par le Fonds Social dédié en supplément des remboursements au titre des prestations de la présente notice. Ces demandes d'intervention sont examinées par la Mutuelle ENERGIE MUTUELLE qui assure en outre la gestion administrative et financière du Fonds. Les demandes d'intervention doivent ainsi être adressées à :

MUTIEG A ASSO

Service Solidarité et Prévention

4 rue Fulton - 49000 ANGERS

<https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/pole-solidarite>

Ou par courriel à l'adresse suivante : aide-sociale-a@energiemutuelle.com

Votre affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)

● Obligations de votre Employeur

Votre Employeur doit affilier la totalité de ses agents statutaires définis à la présente notice (sauf si ces derniers peuvent bénéficier d'un des cas de dispense de plein droit relevant des articles D.911-2 ou L.911-7 III du Code de la Sécurité sociale, et demandent expressément à ne pas adhérer à la CSM), pour l'ensemble des prestations frais de santé.

Votre Employeur doit vous fournir, en tant que Membre Participant bénéficiaire des prestations frais de santé, la présente notice d'information rédigée par les Mutuelles Partenaires résumant vos droits et obligations, et en tant que nouveau membre un Bulletin Individuel d'Affiliation permettant notamment de renseigner les informations relatives à vos ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des prestations frais de santé.

Les Statuts de chaque Mutuelle Partenaire sont consultables et téléchargeables sur le site de MUTIEG A ASSO.

En cas de modifications des prestations frais de santé et de leurs modalités de mise en œuvre et de couverture, votre Employeur vous remet une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles Partenaires.

● Vos obligations

Vous devez adresser, dans les plus brefs délais, le Bulletin Individuel d'Affiliation accompagné de votre RIB, selon le choix opéré par votre Employeur (processus 1 ou processus 2 définis en page 3) : soit à MUTIEG A ASSO, soit à votre Employeur (charge à lui dans ce second cas, de l'adresser à MUTIEG A ASSO).

Vous êtes tenu de renseigner dans ce Bulletin Individuel d'Affiliation, les informations relatives à vos ayants droit tels que définis à la présente notice, de manière à ce qu'ils soient couverts à titre obligatoire. Ces informations incluent la communication de l'attestation CAMIEG de vos ayants droit.

● Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit

La date d'ouverture de vos droits à remboursement **prend effet à la date de votre embauche en tant qu'agent statutaire.**

Pour vos ayants droit, la date d'effet du droit à remboursement est **la date à laquelle ils acquièrent la qualité d'ayants droit couverts à titre obligatoire au sens de la présente notice.**

AU COURS DE VOTRE AFFILIATION

● Paiement des cotisations

La cotisation afférente à votre affiliation et au bénéfice de la CSM est payée aux Mutuelles Partenaires par votre Employeur. Votre participation à cette cotisation fait l'objet d'un précompte salarial sur votre bulletin de paie.

Vous et votre Employeur êtes tenus de cotiser au taux qui correspond à votre situation réelle de famille, telle que déclarée dans le Bulletin Individuel d'Affiliation :

- taux « Isolé » en l'absence d'ayant droit couvert à titre obligatoire tel que définis à la page 3 de la présente notice ;
- ou taux « Famille » en présence d'un ou plusieurs ayant droit couvert(s) à titre obligatoire tels que définis à la page 3 de la présente notice.

Si les ayants droit de l'agent statutaire (devant en principe cotiser au taux « famille ») sont dans l'une de ces situations, l'agent pourra alors demander à son employeur à cotiser seulement au taux « isolé » à condition de justifier de la couverture obligatoire par ailleurs de ses ayants droit tous les ans auprès de son employeur. Dans ce cas, les ayants droit du salarié ne seront plus couverts au titre de la CSM.

A défaut de renseignement déclaré sur votre situation de famille ou, à l'embauche, dans l'attente de votre affiliation effective, le taux de cotisation « Isolé » sera appliqué par défaut et vous serez donc seul Bénéficiaire des prestations frais de santé.

Lorsque vous cotisez en « Isolé » et venez à déclarer un ayant droit, le taux de cotisation « Famille » vous est appliqué à compter du premier jour du mois de la date d'acquisition, par votre ayant droit, de sa qualité d'ayant droit.

A titre dérogatoire et dans l'hypothèse où la date d'acquisition de la qualité d'ayant droit est antérieure à la date à laquelle vous auriez déclaré votre ayant droit, le taux de cotisation « Famille » et donc les remboursements de vos ayants droit sont appliqués avec un effet rétroactif limité à 6 mois sur demande du Membre Participant.

Votre ayant droit ne peut bénéficier des prestations de la Couverture Supplémentaire Maladie que pour des périodes au cours desquelles le taux de cotisation « Famille » vous a été appliqué.

Lorsque le dernier de vos ayants droit est radié dans les conditions ci-après, le taux de cotisation « Isolé » vous est appliqué au premier jour du mois qui suit la date de la radiation.

Pour les couples d'agents statutaires affiliés de la même Entreprise ou d'Entreprises relevant toutes deux du champ d'application de l'accord de branche des IEG du 4 juin 2010, le Membre Participant ayant ses enfants inscrits sous son numéro de Sécurité sociale CAMIEG supporte la cotisation « Famille », le conjoint, le conjoint séparé, le concubin ou le partenaire de PACS supportant, pour sa part, la cotisation « Isolé ». Dans le cas où les enfants seraient rattachés au numéro de Sécurité sociale de leur père ET de leur mère, les conjoints devraient désigner celui d'entre eux qui s'acquittera de la cotisation « Famille » (l'autre s'acquittant uniquement d'une cotisation « Isolé »). Le conjoint qui s'acquittera de la cotisation « Famille » sera le seul à inscrire les enfants du couple sur son dossier CSM.

Par ailleurs, si vous démontrez à votre Employeur que vos ayants droit couverts en principe à titre obligatoire par la CSM sont déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs (voir page 3 de la présente notice, les autres couvertures obligatoires possibles), vous pouvez alors cotiser uniquement au taux « Isolé » (au lieu du taux « Famille »). Vous devrez justifier de la situation de vos ayants droit au regard de l'exclusion de la CSM chaque année auprès de votre Employeur. Dans ce cas, vos ayants droit ne seront pas couverts au titre de la CSM tant que vous pourrez faire jouer cette dispense annuelle d'avoir à cotiser au taux « Famille ».

La cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale limitée au Plafond de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale pour 2021 est de 3428 euros ; il est revalorisé chaque année).

Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise.

● Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit

Modification de situation familiale

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à MUTIEG A ASSO, et à votre Employeur si vous relevez du processus 2, dans les plus brefs délais à **compter de sa survenance**, tout changement de situation familiale.

Vous devez pour cela adresser à MUTIEG A ASSO, et à votre Employeur si vous relevez du processus 2, le **formulaire de modification de situation familiale** que vous pouvez demander à MUTIEG A ASSO, télécharger ou compléter directement sur le site Internet dédié.

Un justificatif peut être exigé par MUTIEG A ASSO pour la prise en compte de ces changements. Si votre modification porte sur l'ajout d'un ayant droit, il est nécessaire de fournir une attestation de droits CAMIEG. Dans le cas d'une demande de résiliation pour le retrait d'un ayant droit, une copie du formulaire type de demande de dispense fourni par l'Employeur et dûment complété par le salarié ou une attestation de fin de droits CAMIEG est exigée.

Modification de situation personnelle

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à MUTIEG A ASSO dans les plus brefs délais à **compter de sa survenance**, tout changement de domicile, de coordonnées bancaires ou de situation au regard du Régime d'Assurance Maladie obligatoire français ou du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG.

Vous devez pour cela adresser à MUTIEG A ASSO le **formulaire de modification de coordonnées** que vous pouvez demander à MUTIEG A ASSO, télécharger ou compléter directement sur le site Internet dédié.

Un justificatif peut être exigé par MUTIEG A ASSO pour la prise en compte de ces changements.

● Radiation de votre affiliation

Votre affiliation prend fin :

- le jour de la rupture de votre contrat de travail (hormis le cas, visé ci-après, de maintien temporaire de la CSM pendant une durée maximale de 12 mois dans la cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de bénéfice des allocations chômage de Pôle Emploi) ou lors du passage dans une catégorie de salariés non visée parmi les Bénéficiaires de la CSM des IEG ;
- le jour de la suspension de votre contrat de travail sans maintien de rémunération ni maintien d'une indemnité financée par votre employeur et en l'absence de demande de votre part de bénéficiaire de la possibilité de maintien des garanties à titre facultatif ;
- au jour du décès ;
- le jour de la résiliation des Contrats d'assurance collective des Mutuelles Partenaires auxquels a adhéré votre Employeur.

● Radiation d'un ou de tous vos ayants droit

La radiation d'un ayant droit est effectuée en cours d'année :

- au jour de la perte de la qualité d'ayant droit du Membre Participant au sens de la présente notice ;
- au jour du décès de l'ayant droit ;
- au jour de la radiation du Membre Participant (hormis le cas de maintien prévu à l'article 4 de la Loi Evin en cas de décès du Membre Participant, prévu au paragraphe concernant les « cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture »).

● Conséquences de la résiliation des Contrats d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit

La résiliation des Contrats d'assurance collective entraîne la cessation des garanties. Il en va de même en cas de radiation de votre affiliation ou d'un de vos ayants droit.

Le cas échéant, les Mutuelles Partenaires remboursent à votre Employeur, ou à vous-même dans le cas d'une adhésion à titre facultatif, la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle la CSM n'a pas couru.

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

A compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, vous vous engagez pour vous-même et le cas échéant pour vos ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé, à retourner à MUTIEG A ASSO la ou les cartes de tiers payant qui vous ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services des Mutuelles Partenaires dont vous bénéficiez en raison de votre affiliation à celles-ci.

En cas de non-respect de cet engagement, les sommes versées après la date de radiation vous seront réclamées, ou seront réclamées à vos ayants droit, majorées des frais éventuellement supportés par les Mutuelles Partenaires.

CAS DE MAINTIEN À TITRE OBLIGATOIRE DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE OU AU TITRE DU MAINTIEN TEMPORAIRE POUR LES ANCIENS AGENTS OUVRANT DROIT À INDEMNISATION CHÔMAGE

● **Maintien de la CSM à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par votre Employeur**

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à maintien total ou partiel de rémunération par votre Employeur ou au versement d'une prestation financée par celui-ci, vous bénéficiez obligatoirement du maintien des garanties CSM pendant la durée de la suspension selon les mêmes conditions, modalités et taux de cotisation que lorsque vous étiez en activité.

Pour les cas de suspension du contrat de travail avec maintien partiel de la rémunération ou versement d'une prestation financée par votre Employeur et les cas d'invalidité de première catégorie, ouvrant droit au maintien à titre obligatoire des prestations frais de santé, l'assiette de calcul des cotisations est la rémunération principale effectivement perçue par l'agent statutaire.

En cas de suspension de votre contrat de travail pour cause d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie reconnue par le Régime Spécial des IEG, vous bénéficiez obligatoirement et à titre gratuit du maintien des prestations frais de santé et ce pendant la durée de votre invalidité et en tout état de cause jusqu'à la liquidation de votre pension de retraite.

● **Maintien de la CSM pendant une durée maximale de douze mois pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage**

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation chômage, les agents statutaires qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite bénéficient du maintien à l'identique des prestations frais de santé pour une durée maximale de 12 mois sans contrepartie de paiement de cotisations, conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale issue de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Les ouvrants droits à portabilité sont les anciens agents en rupture de contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage à l'exclusion du licenciement pour faute lourde.

Le maintien de la Couverture est également applicable aux ayants droit, dès lors que ceux-ci sont expressément garantis collectivement par le régime.

Ainsi, l'ouvrant droit à portabilité peut rattacher un nouvel ayant droit durant la période de maintien des garanties aux mêmes conditions que les salariés en activité à condition qu'il ait effectivement cotisé sur la base d'une structure familiale avant la rupture de son contrat de travail.

Si l'ouvrant droit cotisait en structure « Isolé », il ne peut pas rattacher un ayant droit éventuel durant la période de portabilité.

Si des modifications de garanties des actifs surviennent durant la période de portabilité, elles s'appliquent également aux Bénéficiaires en cours de portabilité.

Pour pouvoir bénéficier du maintien des garanties au sens de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ancien agent doit justifier auprès de MUTIEG A ASSO, désigné comme gestionnaire par les partenaires sociaux et les assureurs, des conditions du droit à la portabilité à savoir : communiquer l'attestation du droit aux allocations chômage et le motif de rupture du contrat de travail.

Le droit au maintien des garanties est accordé pendant la période d'indemnisation du chômage pour une durée minimale égale à la durée du dernier contrat de travail exprimée en mois entiers arrondis au nombre supérieur (minimum 1 mois) et pour une durée au plus égale à 12 mois.

La perte du droit à portabilité résulte de la reprise d'un autre travail, de la radiation de Pôle Emploi, ou de la survenance du terme de la période de maintien.

Il appartient à l'ancien agent bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale de prévenir dans les meilleurs délais MUTIEG A ASSO de la réalisation de l'un des événements précités et de ne plus demander le paiement de prestations à compter de cette date.

A défaut d'avoir rempli cette obligation et dans le cas où le Membre Participant aurait bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il pouvait prétendre, une récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre. L'action en recouvrement des prestations indûment versées est prescrite par un délai de cinq ans à compter du paiement des prestations au Bénéficiaire.

CAS DE MAINTIEN À TITRE FACULTATIF DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

● **Maintien de la CSM à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par votre Employeur**

En cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de rémunération par votre Employeur ou au versement d'une prestation financée par celui-ci, vous avez la possibilité de demander, à titre facultatif, le maintien de vos garanties frais de santé et de celles de vos ayants droit éventuels.

Vous devez adresser à MUTIEG A ASSO le formulaire prévu à cet effet que vous pouvez obtenir auprès de MUTIEG A ASSO, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié, dès lors que votre Employeur aura communiqué votre nouvelle situation à MUTIEG A ASSO.

● **Maintien des garanties à titre facultatif pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989**

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture du contrat de travail et de bénéfice d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement suite à une perte d'emploi, vous pouvez bénéficier d'un maintien des garanties, sans conditions de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, pour les agents bénéficiaires des allocations chômage, le terme du délai de maintien des garanties tel que prévu par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

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 MUTIEG A ASSO dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

Les conditions et modalités de financement du maintien des prestations frais de santé pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 font l'objet d'un règlement mutualiste spécifique que vous pouvez demander à MUTIEG A ASSO. Pour tous ces cas, il faut adresser à MUTIEG A ASSO un Bulletin d'Adhésion Loi Evin qu'il est possible d'obtenir auprès de MUTIEG A ASSO, de télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié dès lors que l'Employeur aura communiqué la nouvelle situation à MUTIEG A ASSO.

● **Paiement des cotisations**

Pour les cas de maintien de la CSM à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par votre Employeur, l'assiette de calcul des cotisations est votre rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant la suspension de votre contrat de travail, limitée au Plafond de la Sécurité sociale.

Vous êtes responsable du paiement de la totalité de la cotisation correspondant à votre adhésion facultative. Aucune participation n'est en effet due par l'Employeur en cas de maintien facultatif des prestations.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel (à votre choix) d'avance sur un compte bancaire.

● **Conséquences du défaut de paiement des cotisations**

A défaut de paiement de votre part d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, les prestations sont suspendues à compter du 30^e jour après l'envoi par MUTIEG A ASSO d'une mise en demeure de payer. Faute de régularisation dans les 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, vous serez radié du bénéfice de la Couverture Supplémentaire Maladie. La radiation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations correspondant aux cotisations versées antérieurement. Toutefois, à compter de votre radiation, vous et vos éventuels ayants droit ne bénéficiez plus d'aucune prestation.

● **Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif**

Chaque année, vous pouvez mettre fin à effet du 31 décembre à ce maintien des prestations à titre facultatif par lettre à MUTIEG A ASSO ou par tout support durable notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr, au plus tard le 31 octobre de l'année civile, pour un effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit. Au terme de la suspension de votre contrat de travail, et lorsque vous réintégrez une entreprise de la branche des IEG, la résiliation est automatique et vous êtes à nouveau couvert à titre obligatoire par la CSM.

Conformément à la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et au décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020, vous pouvez, à compter de la première souscription à la garantie facultative de la CSM, à la suite de l'expiration d'un délai d'un an (12 mois), mettre fin à votre adhésion, infra annuellement, sans frais ni pénalités, en adressant une notification par lettre ou tout autre support durable, notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr ou par déclaration faite au siège social : Mutieg A ASSO, 66 avenue du Maine, 75014 Paris. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues, vous n'êtes redevable que de la partie de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de vous rembourser le solde dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes qui vous sont dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

DISPOSITIONS DIVERSES

● Prescription

Toute action dérivant de l'application du présent Règlement 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 Partenaire a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

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

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 d'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. La prescription biennale peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle Partenaire en ce qui concerne le règlement d'une indemnité.

Prestations

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 d'Assurance Maladie des IEG (CAMIEG) et si nécessaire du décompte du Régime de Sécurité Sociale obligatoire ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Cotisations

Toute action relative au versement des cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

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 envoyé par la Mutuelle Partenaire.

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par chèque à la Mutuelle Partenaire.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle Partenaire au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. 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 Partenaire 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, la Mutuelle Partenaire pourra engager toute procédure judiciaire.

● Réclamations et litiges

Pour toute insatisfaction, mécontentement, l'Entreprise Adhérente, le Membre Participant ou le Bénéficiaire doit s'adresser, à son interlocuteur habituel afin d'obtenir une réponse.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, pour toute réclamation ou litige, le souscripteur du présent Contrat, l'Entreprise Adhérente, le Membre Participant ou le Bénéficiaire a la faculté de s'adresser à l'Organisme gestionnaire :

MUTIEG A ASSO
Service Réclamation Membres Participants IEG
4 rue Fulton – 49000 ANGERS.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'une entreprise adhérente, d'un Membre Participant ou d'un bénéficiaire envers l'Organisme gestionnaire MUTIEG A ASSO ou la Mutuelle Partenaire ».

Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Les chargés de réclamation de l'Organisme gestionnaire 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.

L'Organisme gestionnaire 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, après épuisement de toutes les voies de recours internes (réalisation de la première et de la deuxième étape), l'entreprise, le Membre Participant ou le Bénéficiaire a la faculté de faire appel au Médiateur de la Consommation désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 65 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 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/saisir-le-mediateur/>

Le Médiateur, personnalité extérieure à l'Organisme gestionnaire, rend son avis 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 lorsque :

- l'entreprise, le Membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Organisme gestionnaire par 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 l'Organisme gestionnaire ;
- 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.

● **Subrogation**

Les Mutuelles Partenaires sont subrogées de plein droit au Membre Participant ou à un ayant droit victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

Afin de permettre aux Mutuelles Partenaires de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le Membre Participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à MUTIEG A ASSO tout accident dont ils sont victimes.

● **Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle**

Conformément à 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 Partenaire.

La Mutuelle Partenaire pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle Partenaire qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

● **Contrôle**

• **Contrôle de l'ACPR**

L'autorité en charge 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.

• **Contrôle de la Mutuelle**

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins, la Mutuelle Partenaire se réserve le droit de soumettre à un contrôle ou de demander des justificatifs complémentaires à tout Bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

● **Échange de données informatisées**

Référencés dans les fichiers du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre MUTIEG A ASSO et votre Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes. Vous avez la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre MUTIEG A ASSO et le Régime Spécial géré par la CAMIEG, en exprimant votre refus au moyen d'une simple lettre adressée à MUTIEG A ASSO ou par l'intermédiaire du Bulletin Individuel d'Affiliation. L'Organisme gestionnaire s'engage à communiquer au Régime Spécial géré par la CAMIEG cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

● **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 : MUTIEG A ASSO 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.

I. 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 l'association 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 l'association 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.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités de l'association 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.

L'association 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.

Pour information, l'adhérent dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

● Services

Les membres participants et leurs ayants-droit bénéficient des services suivants présentés sous forme de fiche de fiches thématiques.

Pour plus d'informations, ils sont invités à contacter le centre de contacts Mutieg A - N° : 0 969 32 46 46 (appel non surtaxé).

Tiers payant Viamedis

Un réseau de tiers payant plus étendu pour moins d'avance de frais !

Depuis le 1^{er} janvier 2019, votre couverture frais de santé a confié à Viamedis, opérateur national de tiers payant certifié ISO 9001, la gestion du tiers payant : Hospitalisation, Optique, Audioprothèse pour les adhérents relevant de la CAMIEG.*

* Le tiers payant lié aux prestations versées par la CAMIEG est effectué directement par celle-ci auprès du professionnel de santé, selon les conventionnements CAMIEG en vigueur.

VOS AVANTAGES



Accords de prises en charge Hospitalisation, Optique et Audioprothèse instantanés

- **Hospitalisation** : Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande de prise en charge saisie en ligne sur le portail Viamedis
- **Optique et Audioprothèse** : De même, les professionnels de santé obtiennent directement la réponse à leurs demandes de prise en charge saisies en ligne



Accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France



- **240 000 professionnels de santé** du réseau Viamedis acceptent votre carte de tiers payant, en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM)



- **Géolocalisation** accessible depuis votre espace adhérent

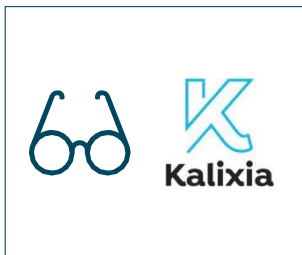


Cela signifie pour vous

- Moins d'avance de frais,
- donc **moins de justificatifs à fournir** pour être remboursé de la part complémentaire ou surcomplémentaire selon votre situation.
- Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr/mutiegA

Réseaux de soins Kalivia / Kalixia

Accédez aux réseaux de soins Kalivia et Kalixia pour des soins et des prestations de qualité et moins de reste à charge !



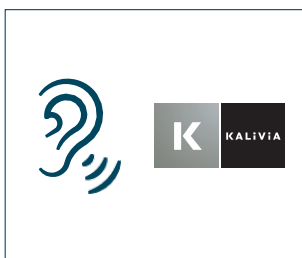
DES PRIX NÉGOCIÉS

La prise en charge intégrale des verres et des traitements dans le réseau

- -20% sur les montures,
- -30% sur les lentilles,

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité,
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation,
- Essayage virtuel de montures.
- Plus de 6 700 centres optiques



DES PRIX ACCESSIBLES

- Jusqu'à -500€ pour un double appareillage,
- Une offre « Prim'Audio » avec un prix maximum de 700€ TTC par oreille,
- -20% sur les accessoires de connectivité.

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité,
- 90% des appareils sont de gammes supérieures,
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'un bon personnalisé.
- Plus de 3 400 centres audio



DES PRIX MAÎTRISÉS

● Respect des plafonds d'honoraires du département d'exercice (de 50 à 70€)

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité,
- Des praticiens sélectionnés avec soin,
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent.

À retenir

 Kalivia / Kalixia : 1^{er} réseau de France avec 11 millions de bénéficiaires


 Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent

- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et audio, via notre partenaire Viamedis
- Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr/mutiegA

Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale

Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ? Bénéficiez de notre service de Téléconsultation Médicale 24h/24 et 7j/7.

Le service de Téléconsultation Médicale vous permet de réaliser une consultation à distance, avec un médecin, et de vous apporter des réponses adaptées.



0 969 32 37 37
numéro de téléphone dédié, sans surcoût (appel non surtaxé)



APPEL TRAITÉ DIRECTEMENT
par une équipe médicale basée en France



SERVICE SÉCURISÉ



DISPONIBLE 24H/24, 7J/7
en France et partout dans le monde



EN LIEN DIRECT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT
si vous êtes d'accord



SI LE MÉDECIN LE JUGE NÉCESSAIRE
et avec votre accord,
une ordonnance peut être transmise au pharmacien de votre choix partout en Europe

QUAND FAIRE APPEL À CE SERVICE ?

- Impossibilité de joindre votre médecin traitant
- N'importe où en France et à l'étranger
- Depuis votre domicile, votre lieu de travail ou en vacances



Important : La Téléconsultation Médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.



Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale » pour connaître les modalités d'application de cette prestation.

Energie Mutuelle

Deuxième Avis Médical

Des médecins experts pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou de situations médicales complexes

Nous pouvons tous, dans notre vie, être confronté à un problème de santé sérieux (une maladie grave, rare ou invalidante) et devoir faire face à de nombreuses difficultés :

Difficultés à s'assurer de la fiabilité de l'information pour pouvoir faire les bons choix

Difficultés à identifier un médecin expert de sa pathologie

Difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin expert dans des délais acceptables

Pour être bien assuré
et faire le bon choix pour soi-même ou ses proches :



> www.deuxiemeavis.fr/energiemutuelle



Du très haut niveau d'expertise médicale de plus de 100 médecins référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux.



Obtenez sous 7 jours un avis en ligne où que vous soyez



Compte-rendu signé par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, si vous êtes d'accord



Une prise en charge complète des frais d'honoraires



Sécurité des données de santé



Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.

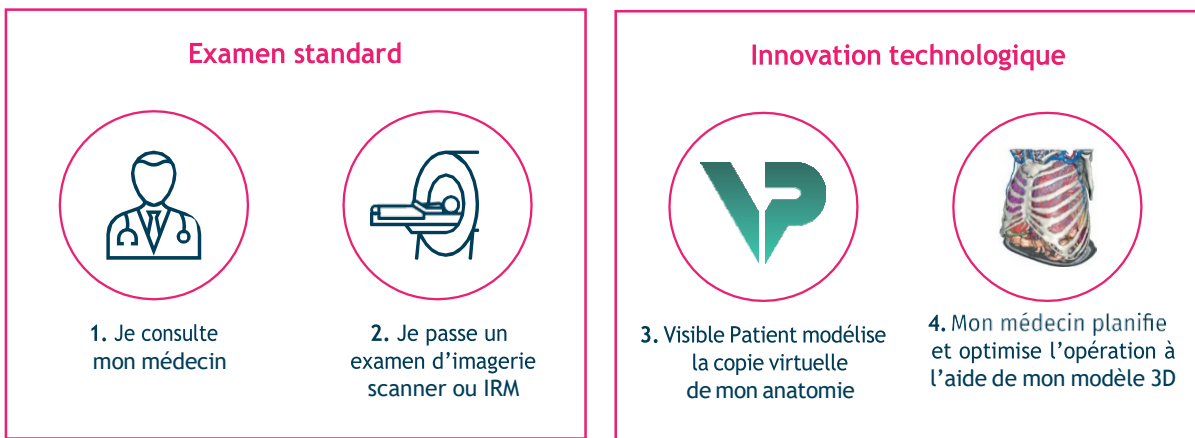


Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Deuxième Avis Médical » pour connaître les modalités d'application de cette prestation.

Energie Mutuelle - Visible Patient

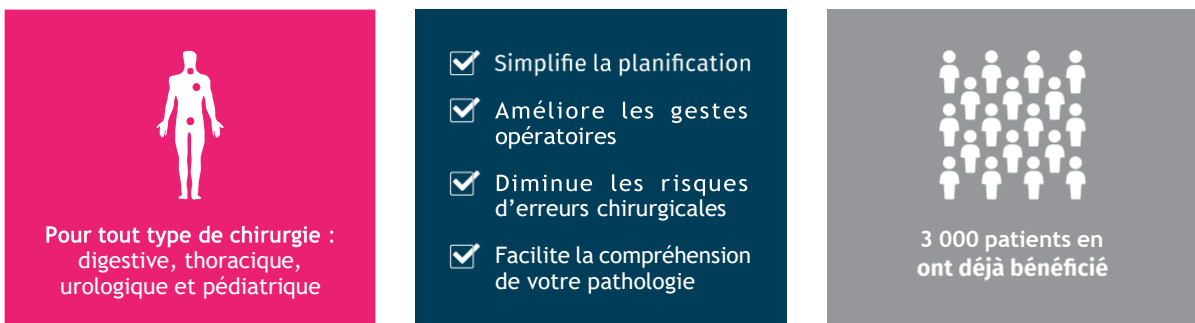
Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) demandé par l'établissement ou le praticien à Visible Patient une copie virtuelle 3D de votre anatomie. A l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.



Avec le modèle 3D, vous comprenez mieux les démarches proposées par votre médecin et choisissez avec lui les meilleures options pour votre traitement.

Le service d'analyse des images médicales proposé par Visible Patient est certifié ISO 13485 et ses logiciels sont des dispositifs médicaux agréés.



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée à « Visible Patient » pour plus d'informations.

CONTACTS

SITE INTERNET DÉDIÉ

Vous pouvez, sur le site www.energiemutuelle.fr/mutiegA :

- **Accéder à l'Espace CSM Salariés et à votre Espace personnel ;**
- **Retrouver les documents d'information suivants :**
 - la présente notice d'information ;
 - les Bulletins Individuels d'Affiliation ;
 - les formulaires de modification de situation ;
 - les Guides pratiques.
- **Nous adresser un courriel en vous rendant sur l'espace CSM, rubrique « Nous contacter ».**

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AUX ADHÉSIONS, COTISATIONS, DEVIS ET PRISES EN CHARGE ET PRESTATIONS



MUTIEG A ASSO

66 avenue du Maine - 75014 Paris

Téléphone : 0 969 32 46 46

FONDS SOCIAL DÉDIÉ

MUTIEG A ASSO

Service Solidarité et Prévention

4 rue Fulton - 49000 ANGERS

Ou par courriel à l'adresse suivante : aide-sociale-a@energiemutuelle.com

