

notice

D'INFORMATION

Couverture Supplémentaire Maladie
des salariés conventionnés de la
Caisse Centrale des Activités Sociales
des Industries Electriques et Gazières
bénéficiant de la Camieg

Energie Mutuelle

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

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

SOMMAIRE

Définitions	p.3
Préambule	p.4
<ul style="list-style-type: none">• La mise en place de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) CCAS (p.4)• Quelles sont les prestations frais de santé assurées par Energie Mutuelle ? (p.4)• Votre notice d'information (p.4)	
Votre Couverture Supplémentaire Maladie CCAS	p.5
<ul style="list-style-type: none">• Vos prestations frais de santé (p.5)• Exclusions (p.7)• Modalités de calcul des prestations (p.7)• Paiement des prestations (p.7)• Fonds Social dédié (p.8)	
Votre affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie CCAS	p.9
<ul style="list-style-type: none">• Obligations de la CCAS, votre employeur (p.9)• Dispenses d'adhésion (p.9)• Vos obligations (p.9)• Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit (p.10)	
Au cours de votre affiliation	p.10
<ul style="list-style-type: none">• Paiement des cotisations (p.10)• Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit (p.10)• Radiation de votre affiliation (p.11)• Radiation d'un ou de tous vos ayants droit (p.11)• Conséquences de la résiliation du Contrat d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit (p.11)	
Cas de maintien à titre obligatoire de votre Couverture Supplémentaire Maladie CCAS	p.11
<ul style="list-style-type: none">• Maintien de la CSM CCAS à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par la CCAS, votre employeur (p.11)• Maintien de la CSM CCAS à titre gratuit pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage (p.11)	
Cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture Supplémentaire Maladie CCAS	p.12
<ul style="list-style-type: none">• Maintien de la CSM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, votre employeur (p.12)• Maintien des garanties à titre facultatif pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 (p.12)• Paiement des cotisations (p.12)• Conséquences du défaut de paiement des cotisations (p.12)• Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif (p.12)	
Dispositions diverses	p.13
<ul style="list-style-type: none">• Prescription (p.13)• Réclamations et litige (p.13)• Subrogation (p.14)• Échange de données informatisées (p.14)• Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle (p.14)• Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (p.14)• Loi Informatique et Libertés (p.14)• Bloctel (p.14)• Contrôle (p.14)• Tribunaux compétents (p.14)	
Contacts	p.15

DÉFINITIONS

Affiliation :

Adhésion automatique et obligatoire des agents conventionné(e)s qui bénéficient en conséquence des prestations frais de santé issues de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) CCAS de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) et assurées par Energie Mutuelle. Ils doivent remplir 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.

Entreprise Adhérente :

La Caisse Centrale des Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières.

Membres Participants :

Agents conventionné(e)s de la CCAS 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 conventionné(e)s en activité ;
- les agents conventionné(e)s, dont le contrat de travail est suspendu, mais qui ouvrent droit au maintien obligatoire de la CSM CCAS, dès lors que la suspension du contrat de travail fait l'objet d'un maintien total ou partiel de la rémunération par la CCAS, votre employeur, ou que l'agent bénéficie d'une prestation financée par la CCAS, votre employeur. Ces cas sont notamment les suivants :
 - les agents conventionné(e)s en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d'origine professionnelle ou non, pour maternité ou paternité ;
 - les agents conventionné(e)s en congé épargne-temps ;
 - les agents conventionné(e)s en invalidité de catégories 2 et 3 ;
 - les agents conventionné(e)s en congé individuel de formation et faisant l'objet d'une prise en charge par l'AGECIF.
- les agents conventionné(e)s, dont le contrat de travail est rompu, mais qui ouvrent droit au maintien de la Couverture Supplémentaire Maladie CCAS pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi s'ils bénéficient des allocations chômage du Pôle Emploi et à condition de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite des IEG.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif sont les agents conventionné(e)s 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 la CCAS, votre employeur.

Les Membres Participants ouvrent le droit au bénéfice des remboursements de la CSM CCAS à leurs éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire.

Ayants droit couverts à titre obligatoire :

Les ayants droits bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes telles que désignés à l'article 3 de l'accord du 21 décembre 2010 modifié par l'avenant en date du 8 novembre 2011, bénéficiaires du Régime complémentaire géré par la Camieg désignées par le Membre Participant sur son bulletin individuel d'affiliation et dont les ressources annuelles déclarées lors de l'exercice fiscal précédent, sont inférieures ou égales à 1560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC, à savoir les personnes mineures et les personnes majeures définies ci-après :

- 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 ;
- l'enfant mineur et majeur, du Membre Participant ou de son conjoint ou de son conjoint séparé, ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS inscrits sur le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ; dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la Nation dont le Membre Participant 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^e 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 des Industries Electriques et Gazières.

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 conventionné et la date d'effet de sa radiation.

PRÉAMBULE

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

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré, 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.

La CCAS a souhaité mettre en place une garantie équivalente pour ses salariés conventionnés. Cet accord désigne Energie Mutuelle en tant qu'organisme assureur et gestionnaire de ladite Couverture.

La CSM CCAS a pour objet, en cas de maladie, d'accident, d'origine professionnelle ou non, ou de maternité, de vous assurer en votre qualité de Membre Participant et vos éventuels ayants droit (tels que définis ci-avant dans la présente notice) et couverts par le Régime spécial d'Assurance Maladie des IEG (complémentaire Camieg), le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite de la dépense effective, pendant la période de garantie et en supplément des prestations en nature versées par le Régime spécial des IEG (Camieg).

La CSM CCAS entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

En raison de l'adhésion de la CCAS au Contrat d'assurance collective d'Energie Mutuelle, vous êtes affilié à celle-ci et acquérez la qualité de Membre Participant.

• Quelles sont les prestations frais de santé assurées par Energie Mutuelle ?

Au titre du Contrat d'assurance collective n° 201102, la Mutuelle Energie Mutuelle est assureur des prestations :

- Soins courants
- Optique
- Dentaire
- Hospitalisation
- Prévention
- Appareillage
- Cure thermique

• 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 CSM CCAS.

Les modifications du Contrat d'assurance collective pourront donner lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information établie par Energie Mutuelle.

VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

• Vos prestations frais de santé

Les remboursements de frais de santé effectués au titre de votre CSM CCAS s'ajoutent à ceux prévus par le Régime général de Sécurité sociale et par Régime spécial des IEG (Complémentaire Camieg) ou après reconstitution de ce dernier.

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.

La CSM CCAS prévoit les prestations suivantes :

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels. Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 1^{er} janvier 2018.

**Couverture
Supplémentaire
Maladie CSM CCAS**

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015. Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi n° 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Assurance Maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

SOINS COURANTS

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

OPTIQUE

Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.

Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	440% de la BR
Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	1 300% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile et par bénéficiaire)	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35% du PMSS
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE

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

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels. Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 1^{er} janvier 2018.

**Couverture
Supplémentaire
Maladie CSM CCAS**

H HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

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

A APPAREILLAGE

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

A AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8% du PMSS
Prévention :	
- Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
- Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	1,75% du PMSS
- Ostéodensitométrie	2,8% du PMSS
- Détartrage annuel des dents	70% de la BR
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70% de la BR
Pack Prévention annuel comprenant :	3,85% du PMSS
- psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ;	
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;	
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ;	
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;	
- substituts nicotiniques, test HémoCCult, tensiomètre prescrits par un médecin ;	
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. À titre indicatif, le PMSS 2018 est de 3 311€.

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

SS : Sécurité sociale

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

• Exclusions

Afin que les prestations susmentionnées conservent leur caractère « responsable », Energie Mutuelle attire votre attention sur les exclusions qui doivent s'appliquer à vos remboursements CSM CCAS à la date de signature du contrat :

- la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les actes et prestations pour lesquels des bénéficiaires n'ont pas accordé l'autorisation aux professionnels de santé d'accéder à leur dossier médical personnel (dès l'entrée en vigueur de cette mesure) et à le compléter ;
- 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 obligatoire ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé lorsque les bénéficiaires les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant, et en dehors d'une convention de soins.

• 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, Energie Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime 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 Energie Mutuelle demeurent au niveau atteint avant la modification, à défaut de révision du Contrat d'assurance collective.

• Paiement des prestations

Les prestations vous sont versées directement, ou à la personne que vous avez désignée, par virement sur un compte bancaire. Energie Mutuelle met à votre disposition, ou à 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 Energie Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par Energie Mutuelle 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 Energie Mutuelle 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 Energie Mutuelle, 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 maladie 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 Energie Mutuelle qui assure en outre la gestion administrative et financière du fonds.

Les demandes d'intervention doivent ainsi être adressées à :

**Energie Mutuelle
Pôle Solidarité
4 rue Fulton
49000 ANGERS**

VOTRE AFFILIATION À LA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

• Obligations de la CCAS, votre employeur

La CCAS doit affilier la totalité de ses agents conventionnés bénéficiant de la Camieg définis à la présente notice, pour l'ensemble des prestations frais de santé :

- tant au moment de la mise en place au 1^{er} janvier 2011 de la CSM CCAS ;
- que lors de toute nouvelle embauche postérieure.

La CCAS doit vous fournir, en tant que nouveau Membre Participant bénéficiaire des prestations frais de santé, la présente **notice d'information** rédigée par Energie Mutuelle résumant vos droits et obligations, ainsi qu'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 d'Energie Mutuelle sont consultables et téléchargeables sur son site www.energiemutuelle.fr.

En cas de modifications des prestations frais de santé et de leurs modalités de mise en œuvre et de couverture, la CCAS vous remet une nouvelle notice d'information établie par Energie Mutuelle.

• Dispenses d'adhésion

Conformément à la réglementation relative aux cas de dispenses d'adhésion légales et conventionnelles, au choix du salarié peuvent être dispensés d'adhérer sous réserve d'en faire la demande écrite et à condition de le justifier :

- 1- Dans le cas où les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale de l'employeur, les salarié(e)s embauché(e)s avant la mise en place des garanties s'ils sont contraint(e)s de cotiser contre leur gré.
- 2- Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit quelle que soit leur date d'embauche les cas de dispenses suivant :
 - a. Des salarié(e)s et apprenti(e)s bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
 - b. Des salarié(e)s et apprenti(e)s bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
 - c. Des salarié(e)s à temps partiel et apprenti(e)s dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute. Pour l'appréciation de ce seuil, il convient de prendre en considération l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire ;
 - d. Des salarié(e)s bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 du Code de la Sécurité sociale. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salarié(e)s cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
 - e. Des salarié(e)s couvert(e)s par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
 - f. Des salarié(e)s qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire, à condition de le justifier chaque année :
 - Par un dispositif de garanties de prévoyance complémentaire obligatoire et collectif (conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
 - Par un dispositif de garanties prévu 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 ou 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 ;
 - Par un Contrat d'assurance de groupe issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
 - 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 ;
 - Par le régime complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

Bénéficient également d'une dispense d'adhésion, les salarié(e)s qui sont couvert(e)s par le régime de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire de leur conjoint. Tout document justificatif devra être fourni à l'employeur.

Le salarié affilié au régime prévoyance de son entreprise qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de son conjoint peut faire valoir sa dispense d'adhésion à tout moment, indépendamment de la date à laquelle sa situation vient à le faire bénéficier d'une autre couverture que celle de son entreprise. Tout document justificatif devra être fourni à l'employeur.

• Vos obligations

Vous devez adresser, dans les plus brefs délais, le bulletin individuel d'affiliation à Energie Mutuelle.

Vous êtes tenu de renseigner dans ce bulletin individuel d'affiliation, les informations sur vos ayants droit tels que définis à la présente notice, de manière à ce qu'ils soient couverts à titre obligatoire.

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

Si vous êtes agent conventionné au 1^{er} janvier 2011, la date d'ouverture de vos droits à remboursement est le **1^{er} janvier 2011** (date d'entrée en vigueur de la CSM CCAS).

En cas d'embauche postérieure au 1^{er} janvier 2011, la date d'ouverture de vos droits à remboursement prend effet **à la date de votre embauche en tant qu'agent conventionné bénéficiant de la Camieg.**

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 CCAS est payée à Energie Mutuelle par la CCAS, votre employeur. Votre participation à cette cotisation fait l'objet d'un précompte salarial sur votre bulletin de paie.

Vous et la CCAS, 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 défini à la page 3 de la présente notice ;
- ou taux « famille » en présence d'un ou plusieurs ayant droit couverts à titre obligatoire tels que définis à la page 3 de la présente notice.

A défaut de renseignement déclaré sur votre situation de famille réelle, 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 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 à votre ayant droit, est appliqué avec un effet rétroactif limité à 6 mois.

Votre ayant droit ne peut bénéficier des prestations de la Couverture Supplémentaire Maladie CCAS 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 conventionnés salariés de la CCAS, le Membre Participant ayant ses enfants inscrits sur 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 ».

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 2018 est de 3 311 euros ; il est revalorisé chaque année).

Les rémunérations prises en compte dans le calcul du salaire de référence dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale sont : la rémunération principale (salaire mensuel fixe de base) et la gratification de fin d'année dite « 13^e mois » au prorata des 12 derniers mois travaillés.

Dans le cas d'un salarié en invalidité première catégorie, les rémunérations prises en compte dans le calcul du salaire annuel de référence sont les mêmes que ci-dessus mais calculées sur la base de son activité à temps partiel.

Les rémunérations exclues du calcul du salaire de référence sont : le variable (ou bonus), les heures supplémentaires, les primes de gratification, l'indemnité de licenciement ou de rupture du contrat de travail, l'indemnité compensatrice de congés payés lorsque le salarié n'a pas liquidé la totalité de ses droits avant son départ, la prime de participation, l'indemnité de non concurrence, les notes de frais.

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

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à Energie Mutuelle et/ou à la CCAS, votre employeur (si celui-ci l'a décidé), dans les plus brefs délais **à compter de sa survenance**, tout changement de domicile, de situation familiale, 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 Energie Mutuelle un **formulaire de modification de situation correspondant**, que vous pouvez demander à Energie Mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet.

Un justificatif peut être exigé par Energie Mutuelle 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 CCAS pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi si vous bénéficiez des allocations chômage du Pôle Emploi et à condition de ne pas avoir liquidé votre pension de retraite des IEG) ou lors du passage dans une catégorie de salarié non visée parmi les bénéficiaires de la CSM CCAS ;
- le jour de la suspension de votre contrat de travail et en l'absence de demande de votre part de bénéficier de la possibilité de maintien des garanties à titre facultatif ;
- au jour du décès ;
- le jour de la résiliation du Contrat d'assurance collective d'Energie Mutuelle auquel a adhéré la CCAS, 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 votre radiation en tant que 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 du Contrat d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit

La résiliation du Contrat 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, Energie Mutuelle rembourse à la CCAS, votre employeur, ou à vous-même la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle la CSM CCAS 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 Energie Mutuelle la ou les cartes de tiers payant qui vous ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services d'Energie Mutuelle dont vous bénéficiez de par votre affiliation à celle-ci.

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

CAS DE MAINTIEN À TITRE OBLIGATOIRE DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

• Maintien de la CSM CCAS à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par la CCAS, votre employeur

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à maintien de rémunération par la CCAS, votre employeur, ou versement d'une indemnité financée par celui-ci, vous bénéficiez obligatoirement du maintien des prestations pendant la durée de la CSM CCAS 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 la CCAS, 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 conventionné.

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 CCAS à titre gratuit pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation chômage et en l'absence de liquidation de votre pension de retraite, vous bénéficiez obligatoirement du maintien des prestations pour une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, à compter de la rupture de votre contrat de travail.

CAS DE MAINTIEN À TITRE FACULTATIF DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

- **Maintien de la CSM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, votre employeur**

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

Vous devez adresser à Energie Mutuelle le formulaire prévu à cet effet que vous pouvez obtenir auprès d'Energie Mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié, dès lors que la CCAS, votre employeur, aura communiqué votre nouvelle situation à Energie Mutuelle.

- **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 de votre contrat de travail et de bénéfice d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou en cas de perte d'emploi, de bénéfice d'un revenu de remplacement, vous pouvez bénéficier d'un maintien des garanties, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

A noter : Si vous ouvrez droit à indemnisation chômage après la rupture de votre contrat de travail et bénéficiez donc du maintien des prestations frais de santé pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, vous pouvez faire votre demande de maintien dans les six mois qui suivent la date d'expiration de cette période.

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 Energie Mutuelle 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'une notice d'information spécifique que vous pouvez demander à Energie Mutuelle.

Pour tous ces cas, vous devez adresser à Energie Mutuelle un **bulletin d'adhésion Loi Evin** que vous pouvez obtenir auprès d'Energie Mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié dès lors que la CCAS, votre employeur, aura communiqué votre nouvelle situation à Energie Mutuelle.

- **Païement des cotisations**

Pour les cas de maintien de la CSM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, 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.

Vous êtes responsable du paiement de la totalité de la cotisation correspondant à votre adhésion facultative.

Aucune participation n'est en effet due par la CCAS, votre 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 Energie Mutuelle 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 êtes radié du bénéfice de la Couverture Supplémentaire Maladie CCAS. 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 l'envoi d'une lettre recommandée à Energie Mutuelle 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 la CCAS, la résiliation est automatique et vous êtes à nouveau couvert à titre obligatoire par la CSM CCAS.

DISPOSITIONS DIVERSES

• Prescription

Toute action dérivant de l'application de la présente notice est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai pour des prestations indues est de cinq ans à compter du jour où la mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu. Dans le cadre des dispositions réglementaires, les sommes versées à tort par la mutuelle peuvent être récupérées directement auprès du destinataire ou sur les prestations à verser ultérieurement

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

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 obligatoire d'Assurance Maladie, Régime spécial des IEG géré par la Camieg, ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime 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.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, c'est-à-dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée. Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

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 en ce qui concerne le règlement d'une indemnité.

Dans le cadre des dispositions réglementaires, les sommes versées à tort par la mutuelle peuvent être récupérées directement auprès du destinataire ou sur les prestations à verser ultérieurement.

• Réclamations et litige

Pour toute réclamation ou litige, vous pouvez vous adresser à :

ENERGIE MUTUELLE
Service Réclamation Membres Participants CCAS
4 rue Fulton - 49000 ANGERS

si après l'intervention du service Réclamation, le désaccord persiste, le Membre Participant ou le Bénéficiaire peut s'adresser :

- soit par courrier 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 dont les coordonnées sont les suivantes :

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

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

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

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation ».

Les chargés de réclamation de la mutuelle accuseront nominativement réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception au service Réclamation, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai. La mutuelle s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum entre la date de réception du courrier au service Réclamation et la date d'envoi de la réponse de la mutuelle, conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Le Médiateur, personnalité extérieure à Energie Mutuelle, 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 :

- Le membre ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la mutuelle 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 a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la mutuelle ;
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

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

• Subrogation

Energie Mutuelle est subrogée 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 Energie Mutuelle tout accident dont ils sont victimes.

• 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 Energie Mutuelle et votre Caisse 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 Energie Mutuelle et le Régime spécial géré par la Camieg, en exprimant votre refus au moyen d'une simple lettre adressée à Energie Mutuelle ou par l'intermédiaire du bulletin individuel d'affiliation. Energie Mutuelle s'engage à communiquer au Régime spécial géré par la Camieg cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

• Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle

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

• Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

Elle est ainsi fondée, à demander aux Membres Participants, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

• Loi Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le Membre Participant.

Elles peuvent être communiquées aux délégataires de gestion, aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes auprès duquel l'assuré est garanti, aux intermédiaires d'assurances, aux partenaires, aux réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées. Le Membre Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant.

Le Membre Participant et tout assuré dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle dispose :

- d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant. Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle en s'adressant par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité auprès d'Energie Mutuelle – A l'attention du Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton 49000 ANGERS, ou par courriel à l'adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

• Bloctel

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

• Contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'Energie Mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9.

• Tribunaux compétents

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le juge de proximité, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

Contacts

- **Site Internet dédié**

Vous pouvez retrouver sur le site www.energiemutuelle.fr :

- o **les documents d'information suivants :**

- la présente notice d'information
 - le guide pratique
 - les Statuts d'Energie Mutuelle
 - les formulaires de modification de situation

- o **l'accès à votre Espace personnel**

- **Pour toute question relative aux adhésions, cotisations, devis et prises en charge et prestations**

Energie Mutuelle

Adresse postale : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

Tel :  N° Cristal 0 969 32 37 37

APPEL NON SURTAXE

- **Pour toute question relative au Fonds Social**

Energie Mutuelle, Pôle Solidarité

Adresse postale : 4 rue Fulton 49000 ANGERS

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - 4 rue Fulton 49000 ANGERS - Tél. : 0 969 32 37 37
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 419 049 499 - APE 6512Z
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9