

SOMMAIRE

Titre I – Bénéficiaires

Article 1. Objet

Article 2. Risques couverts

Article 3. Les membres participants

Article 4. Les ayants droit

Article 5. Bénéficiaires

Article 6. Répartition des bénéficiaires

Titre II – Adhésion – Mutation – Résiliation

Article 7. Modalités d'adhésion

Article 8. Changement de situation

Article 9. Conditions d'âge à l'adhésion

Article 10. Mutations internes

Article 11. Perte de la qualité du membre participant

Article 12. Adhésion des ayants droit

Article 13. Conditions d'âge à l'adhésion des ayants droit

Article 14. Mutations internes des ayants droit

Article 15. Perte de la qualité d'ayant droit

Titre III – Prestations santé

Article 16. Définitions des prestations

Article 17. Ouverture du droit aux prestations

Article 18. Conditions générales

Article 19. 100% Santé

Article 20. Modification suite au 100% Santé

Article 21. Versement de prestations

Article 22. Soins à l'étranger

Article 23. Prescription et Indus

Titre IV – Cotisations

Article 24. Cotisations

Titre V – Dispositions diverses

Article 25. Subrogation

Article 26. Nullité de la garantie

Article 27. Réclamations

Titre VI – Autres Garanties Incluses

Article 28. Assistance – Energie Mutuelle Services

Article 29. Energie Mutuelle Perte d'Autonomie – Dépendance

Article 30. Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale

Article 31. Energie Mutuelle Deuxième Avis Médical

Article 32. Visible Patient

Titre VII – Informations des membres participants – Modifications du présent

Règlement

Article 33. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Article 34. Information des membres participants

Article 35. Protection des données

Article 36. Divers

Préambule

Energie Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – SIREN 419 049 499

TITRE I – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 1. Objet

Le présent Règlement a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts d'Energie Mutuelle, de définir le contenu et la durée des engagements existant entre les membres participants, personnes physiques et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. La Mutuelle utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les garanties s'exercent en France Métropolitaine et dans les Départements d'Outre Mer (DOM). En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français de l'assuré. Le règlement des prestations est effectué en Euros(€).

ARTICLE 2. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

A ces garanties peuvent s'ajouter :

- Un service d'**assistance familiale** incluant un service de **Téléconsultation Médicale** permettant de réaliser une consultation à distance ;
- Un service **Deuxième Avis Médical** éclairant les décisions de santé en cas de situations médicales complexes ;
- Un service **Visible Patient** permettant aux professionnels de santé d'utiliser la technologie 3D au service de l'imagerie médicale ;
- Une garantie de **Perte d'Autonomie – Dépendance** ouvrant la possibilité d'un soutien financier lors d'un état de dépendance.

ARTICLE 3. Les membres participants

Les membres participants de la Mutuelle sont les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Peuvent bénéficier du présent Règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la Mutuelle et assurant un paiement régulier de leur cotisation.

ARTICLE 4. Les ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent Règlement et ont la qualité d'ayant droit les personnes physiques mineures et majeures définies ci-après :

- Le conjoint ou concubin du membre participant, ou la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
- Les enfants mineurs de moins de 18 ans du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (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 ;
- Les enfants majeurs âgés de 18 ans à 26 ans du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS poursuivant leurs études. immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- Les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur propre numéro d'immatriculation Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- Les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%. Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 ;
- Les ascendants à charge du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- Toute personne à charge autre que les personnes désignées ci-avant du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculée sous leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- Toute personne à charge autre que les personnes désignées ci-avant d'un enfant inscrit du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculée sous leur propre numéro de Sécurité sociale.

ARTICLE 5. Bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 3 et les ayants droit définis à l'article 4 sont désignés sous le terme bénéficiaires.

ARTICLE 6. Répartition des bénéficiaires

Les bénéficiaires se répartissent selon les garanties suivantes :

- 6-1.** Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et pas de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités :
 - SOCLE (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
 - SOUPLESSE (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
 - EQUILIBRE IEG (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
 - CONFORT IEG (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
 - AIN 3^e niveau (fermée aux nouvelles adhésions au 01/01/2009) ;
 - EQUILIBRE MEDECINS et eEQUILIBRE MEDECINS ;
 - CONFORT MEDECINS et eCONFORT MEDECINS.
- 6-2.** Membres participants conjoints d'un agent actif ou retraité des IEG ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) et ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières mais garantis par un premier régime complémentaire au régime de Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle :
 - EQUILIBRE R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eEQUILIBRE R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - CONFORT R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eCONFORT R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG).
- 6-3.** Membres participants ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) pour lesquels Energie Mutuelle intervient comme premier régime complémentaire au régime de Sécurité sociale :
 - EQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eEQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - CONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eCONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - OXYGENE Option 1 et 2 ;
 - ESSENTIEL Option 1 et 2 ;
 - PREFERENCE
 - Contrat de Sortie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (Contrat de Sortie CMU-C).
- 6-4.** Membres participants bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières, et bénéficiaires d'une pension de retraite ; et ses ayants droits bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ; ainsi que les personnes bénéficiaires d'un assuré décédé sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès ou que la mutuelle en ait eu connaissance :
 - SERENITE
- 6-5.** Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou adhérents à la garantie Préférence ou Sérénité ou garantis par un premier régime complémentaire au régime Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle :
 - Option 1 SODELI ;
 - Option 1 bis eSODELI ;
 - Option 2 CORT ;
 - Option 2 bis eCORT.

Les conditions d'accès et la grille des prestations de chaque garantie sont précisées dans un document joint au bulletin d'adhésion.

TITRE II – ADHÉSION – MUTATION – RÉSIILIATION**ARTICLE 7. Modalités d'adhésion**

7-1. L'adhésion du membre participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Le membre participant indique sur le bulletin d'adhésion la garantie choisie. Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées auxquelles peut être joint un mois de cotisation. La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, du Règlement Intérieur, du présent Règlement Mutualiste, des grilles de prestations des garanties choisies et des documents contractuels. La Mutuelle met à disposition préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, sur son site internet ou par tout autre moyen sur support durable un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste ou d'une fiche d'information sur le règlement décrivant les droits et obligations réciproques définie à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité. Dans le cadre de la Directive sur la Distribution d'Assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux adhérents.

7-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois en cours si le dossier complet comprend :

- Le bulletin d'adhésion, les pièces justificatives demandées sur le bulletin et, éventuellement, la première cotisation ;
- Les photocopies de l'attestation papier de la carte Vitale de chacun des membres de la famille ;
- Le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire à prélever accompagné d'un RIB est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré (cachet de la poste faisant foi ou horodatage). Dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

7-3. Durée et renouvellement des garanties

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile.

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

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale.

Les garanties cessent lorsque le contrat est rompu par radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux Statuts.

7-4. Faculté de renonciation

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

Exemple de lettre de renonciation :

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

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

Toute demande de prestations, pour le membre participant ou un de ses ayants droit, pendant le délai de renonciation équivaut à une demande d'exécution du contrat et ne permet plus au membre participant de se prévaloir du droit à renonciation.

7-5. Obligation de communication de pièces

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

ARTICLE 8. Changement de situation

Les membres participants doivent impérativement signaler à la Mutuelle, dans les deux mois qui suivent l'évènement, par tout moyen, les changements suivants survenant dans leur situation ou celle de leurs ayants droit :

- Changement de situation personnelle ou familiale, notamment :
 - Nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
 - Droit à la CMU-C ;
 - Mariage, PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
 - Naissance ou adoption ;
 - Travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
 - Attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
 - Décès ;
 - Changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire.
- Changement de situation professionnelle, notamment :
 - Rupture de contrat de travail (licenciement, démission, départ à la retraite, changement de site...). Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet au jour du changement de situation, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant. Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences.

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

ARTICLE 9. Conditions d'âge à l'adhésion

Les membres participants adhérant dans une catégorie individuelle doivent être âgés lors de l'adhésion initiale de :

- Moins de 65 ans pour les catégories OXYGENE et ESSENTIEL ;
- Sans limite d'âge pour les autres garanties.

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

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

ARTICLE 10. Mutations internes

Toute mutation interne est soumise à la condition préalable suivante : toutes les dettes dues à la Mutuelle (cotisations ou prestations indues) devront être payées par le membre participant.

10-1. Mutation d'une garantie collective assurée par la Mutuelle à une garantie individuelle telle que définie à l'article 6 du Règlement Mutualiste

Tout membre participant quittant un groupe inscrit dans le cadre d'une opération collective peut maintenir son affiliation dans le cadre d'une garantie individuelle ouverte à tout bénéficiaire ou dans le cadre d'une garantie individuelle correspondant à sa situation au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazières.

10-2. Mutation d'une garantie individuelle à une autre garantie individuelle

La demande doit être effectuée par écrit par courrier papier au siège de la Mutuelle ou par courrier électronique.

La mutation aura pour date d'effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste ou l'horodatage faisant foi. Pour la Garantie Energie Mutuelle – Perte d'Autonomie – Dépendance, les dispositions de l'article 28-3 s'appliquent.

La mutation est impossible si la date d'adhésion du membre participant et la date d'effet de la mutation impliquent que le droit aux prestations tel que défini à l'article 17-3 n'est pas ouvert dans la nouvelle garantie demandée.

Après une première mutation, aucune autre mutation ne pourra être effectuée pendant une période d'un an. Par exception aux deux cas précédents, lorsque la demande est justifiée par la modification de la situation familiale (mariage, séparation, divorce, naissance, décès, etc.) ou professionnelle (début ou fin de chômage, retraite, etc.) ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazières, la date d'effet de la modification est le 1^{er} jour du mois suivant l'envoi de la demande, le cachet de la poste ou l'horodatage faisant foi.

ARTICLE 11. Perte de la qualité de membre participant**11-1. Dénonciation par le membre participant**

11-1.1 A compter du 1^{er} décembre 2020, dans le cadre de la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, le membre participant peut également, après expiration d'un délai d'un an, à compter de l'adhésion dénoncer celle-ci, sans frais ni pénalités. Ce droit de résiliation appartient exclusivement au membre participant. La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après qu'Energie Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. Energie Mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant 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 dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où le Membre Participant souhaite dénoncer une adhésion conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du Membre Participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation, dans les conditions prévues par le règlement. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

Lorsque le Membre participant a le droit de résilier son adhésion, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix du Membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable, notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr
- soit par déclaration faite au siège social à l'adresse suivante : Energie Mutuelle – 66 avenue du Maine, 75014 Paris, ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

11-1.2 Le membre participant peut mettre fin à son adhésion annuellement par lettre adressée à la Mutuelle, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 notamment à l'adresse postale suivante : **Energie Mutuelle – 66 avenue du Maine 75014 PARIS**

ou à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année avec pour effet au 31 décembre à minuit, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité à la suite de la Loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur.

Le membre participant qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre adressée à la Mutuelle, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 notamment à l'adresse postale suivante : **Energie Mutuelle – 66 avenue du Maine 75014 PARIS** ou à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr avant le 31 mars de l'année suivant sa radiation, le cachet de la poste ou la date de l'horodatage faisant foi. Son adhésion sera alors maintenue en continuité dans la même garantie et avec les mêmes ayants droit qu'antérieurement à sa résiliation.

La modification éventuelle de la garantie d'affiliation suivra les dispositions de l'article 10-2. La modification éventuelle des ayants droit suivra les dispositions de l'article 15-2. La demande d'une date d'effet différente du 1^{er} janvier ainsi que la demande effectuée à une date ultérieure au 31 mars seront considérées comme une nouvelle adhésion pour laquelle le droit aux prestations sera nécessairement soumis aux délais prévus à l'article 17-3.

11-2. Résiliation liée aux conditions d'adhésion

Lorsque le membre participant a informé la Mutuelle par écrit par courrier papier ou électronique qu'il ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie individuelle, du fait d'un changement de profession, du départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, la Mutuelle lui propose une mutation dans une autre garantie individuelle telle que définie à l'article 6-1.

Sont notamment concernés les membres participants des garanties SODELI, eSODELI, COURT, eCORT et SERENITE dès lors qu'ils quittent les Industries Electriques et Gazières.

Le refus par le membre participant de la proposition vaut résiliation de sa part avec comme date d'effet le dernier jour du mois suivant la réception de son premier courrier. Dans ce cas, le membre participant sera remboursé de la fraction de cotisation déjà réglée pour la période à compter de la date d'effet de la résiliation.

11-3. Radiation pour non-paiement des cotisations

En application de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la Mutuelle.

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

Après radiation, le membre participant peut adhérer à nouveau : deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

11-4. Lors d'un rejet de prélèvement pour motif « titulaire décédé », si les héritiers ne se sont pas manifestés dans les 3 mois suivant le rejet, la garantie est clôturée au cours du mois du rejet de prélèvement.

ARTICLE 12. Adhésion des ayants droit

12-1. L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par le même bulletin d'adhésion que celui visé au 7-1. L'article 7-2 s'applique de la même façon. Pour les garanties Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 COURT, Option 2 bis eCORT (sauf pour les adhérents à la garantie principale PREFERENCE), SERENITE, EQUILIBRE IEG, CONFORT IEG, SOCLE et SOUPLESSE, les ayants droit doivent obligatoirement justifier de leur affiliation à la Camieg.

Pour les garanties SERENITE, Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 COURT et Option 2 bis eCORT, les ayants droit sont les mêmes que ceux du dossier de l'ayant droit au titre de la garantie collective obligatoire de branche ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières.

12-2. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concrétisée par une demande de modification correctement et complètement remplie et signée par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant. La date d'effet est régie par l'article 7-2.

Cependant, la date d'effet prise en compte sera la date de survenance de l'évènement (naissance ou adoption).

12-3. L'adhésion des éventuels ayants droit est nécessairement effectuée dans la même garantie que celle du membre participant.

ARTICLE 13. Conditions d'âge à l'adhésion des ayants droit

Les conditions d'âge prévues à l'article 9 s'appliquent lors de l'adhésion d'un ayant droit.

ARTICLE 14. Mutations internes des ayants droit

Les mutations des ayants droit suivent les règles applicables à l'article 10.

ARTICLE 15. Perte de la qualité d'ayant droit

15-1. Lorsque le membre participant perd cette qualité conformément à l'article 11, ses ayants droit perdent simultanément la qualité de bénéficiaires.

15-2. Seul le membre participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, dans la limite des conditions de résiliations des articles 11-1.2 et suivant.

15-3. Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait d'un changement lié à sa vie professionnelle, son âge, son lien familial avec le membre participant ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazifières, la date d'effet de la modification est celle du changement si le membre participant informe la Mutuelle dans les trois mois suivant l'événement et la Mutuelle peut proposer à l'ayant droit concerné de devenir membre participant.

L'acceptation est matérialisée par une notification écrite par courrier ou par voie électronique du bénéficiaire concerné, adressée à la Mutuelle et éventuellement accompagnée du 1^{er} mois de cotisation correspondante.

15-4. Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait du décès du membre participant, la Mutuelle lui propose de devenir membre participant, l'acceptation étant matérialisée comme à l'article 15-3.

TITRE III - PRESTATIONS SANTÉ**ARTICLE 16. Définition des prestations**

La nature des prestations fournies aux bénéficiaires de la Mutuelle comporte les rubriques ci-dessous au titre des branches 1 (accident) et 2 (maladie).

Hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

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

Soins courants

- Visites et consultations de médecins généralistes
- Visites et consultations de médecins spécialistes
- Actes techniques médicaux
- Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Analyse, prélèvements et examens de laboratoire
- Analyses hors nomenclature
- Frais de transport
- Pharmacie et pharmacie non remboursable
- Pansements
- Contraception non remboursée (pilules, patchs, anneau et implants contraceptifs)
- Consultation ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, et psychologue

Optique

- Equipement autre que 100% Santé
- Monture et verres
- Lentilles
- Chirurgie corrective
- Prestation d'adaptation de la prescription

Dentaire

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

Matériel Médical - Appareillage

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

Aide Auditive remboursable par la Sécurité sociale

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

Autres prestations

- Cure thermique
- Vaccins
- Actes de prévention remboursés par l'Assurance maladie
- Ostéodensitométrie non remboursée
- Aide-ménagère, travailleuse familiale
- Allocation maternité ou d'adoption plénière
- Séance d'activité physique
- Pack Prévention :
 - Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, , amniocentèse, psychothérapeutes,
 - Podologue et bilan podologique,
 - Bilan du langage oral ou écrit
 - Dépistage des troubles de l'audition
 - Bracelet GSM
 - Test Hémo occult, tensiomètre,
 - Prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate,

Chaque garantie donne lieu à une grille de prestations jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion pour les opérations individuelles et fournie en annexe au contrat.

ARTICLE 17. Ouverture du droit aux prestations

17-1. Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale, ou sur le décompte de la CAMIEG si le membre participant est toujours dépendant de ce Régime ou sur le décompte d'un premier organisme complémentaire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

17-2. Selon le poste de soins, la Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime 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, l'acupuncture, la psychologie, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- Les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;
- Les dates de naissance de l'enfant pour l'allocation maternité et la date de jugement d'adoption plénière.

17-3. Pour les bénéficiaires des garanties SOCLE, SOUPLASSE, EQUILIBRE IEG, CONFORT IEG, AIN 3^e niveau, EQUILIBRE MEDECINS, eEQUILIBRE MEDECINS, CONFORT MEDECINS, eCONFORT MEDECINS, EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2, EQUILIBRE AM, eEQUILIBRE AM, CONFORT AM, eCONFORT AM, OXYGENE option 1 et 2 et ESSENTIEL option 1 et 2, PREFERENCE, SERENITE le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion.

Pour les bénéficiaires des garanties : Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 CORT et Option 2 bis eCORT, le droit aux prestations est ouvert :

A la date d'effet de l'adhésion de l'Option pour les bénéficiaires de la garantie collective obligatoire de branche ou du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazifières ;

A la date d'effet de l'ouverture du droit aux prestations pour les bénéficiaires de la garantie collective de branche mise en place pour les retraités (respect délai de carence).

17-4. La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de référence définie ci-avant.

17-5. Soit pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de référence est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation. Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date de référence définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion ou de fin de stage et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

ARTICLE 18. Conditions générales

18-1. Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises 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 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) ; des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 1^{er} 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 ;
- toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics.

18-2. Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

18-3. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Pour les garanties SERENITE, EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2, SODELI, eSODELI, CORT et eCORT, les prestations de la Mutuelle viennent en complément de celles versées par d'autres organismes, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge du membre participant après remboursement de la Sécurité sociale et du 1^{er} organisme. Les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes complémentaires.

18-4. En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire ou spécifique des IEG, les montants de remboursements assurés par la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des prestations, avant la modification, sauf décision contraire du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

18-5. En cas d'exonération du ticket modérateur pour un bénéficiaire, les montants de remboursements assurés par Energie Mutuelle sont diminués à due proportion.

18-6. Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la garantie.

18-7. Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins. Sont notamment intégrés dans les prestations « autres actes dentaires » les piliers implantaires.

18-8. Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés, pour le remboursement, à la chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.

18-9. Les prestations spécifiques pour personnes en situation de handicap sont versées après communication à la Mutuelle d'une copie de la carte d'invalidité faisant apparaître un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% déterminé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de la Carte Mobilité Inclusion mention « Invalidité ». Elles sont étendues aux bénéficiaires pour lesquels le Bureau a donné son accord après proposition de la Commission d'Entraide Santé. Tout justificatif complémentaire pourra être demandé par la Mutuelle afin qu'elle puisse étudier la demande de remboursement.

Le forfait Equipement Handicap, permet le remboursement des équipements prescrits par un professionnel de santé habilité ou listés dans la Liste des Produits et Prestations (LPP).

18-10. En dentaire, le devis fait application des tarifs prévus par la garantie en vigueur au moment de l'estimation. Celle-ci est valable sous réserve que le membre participant ou l'ayant droit ne soit pas radié ou n'ait pas changé de garantie à la date de début des soins. Le devis est valable pour une durée de six mois à compter de sa date d'émission par Energie Mutuelle et au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Le devis fourni par le membre participant peut être examiné par le chirurgien-dentiste salarié de la Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge du membre participant.

18-11. La mutuelle verse un forfait annuel pour les accessoires, les fournitures et l'entretien des prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale.

18-12. Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans ou des adultes de plus de 70 ans (pour SODELI, eSODELI, CORT, eCORT, OXYGENE et ESSENTIEL) est effectué dans les conditions suivantes :

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

18-13. Dans le cas de remboursements dont le montant est calculé sur la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), et en l'absence de parution du décret notifiant ce montant au moment de l'impression des plaquettes descriptives des garanties, le montant indiqué par la Mutuelle sera celui de l'année N-1.

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

18-14. La simulation du remboursement des actes médicaux ou dépassements d'honoraires, en ville, soins externes ou lors d'une hospitalisation, est subordonnée à la réception d'un devis établi par le praticien. Toutes ces données sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Ce devis doit mentionner expressément la codification des actes, leur nature, les bases de remboursement associées et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

18-15. Toutes les garanties ont le caractère de contrat responsable (sauf EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2). Les prestations portant la mention Non Responsable (NR) figurant dans le tableau de la garantie CORT ont le caractère non responsable).

Elles respectent les termes du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et celles de l'arrêté du 30 septembre 2019 garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières. Les dispositions sur le caractère responsable des garanties sont complétées par l'article 19-4 des présentes.

18-16. Les garanties EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2, et les prestations portant la mention Non Responsable (NR) figurant dans le tableau de la garantie CORT n'ont pas le caractère de contrat responsable. Sont appliquées en complément des points 18-1 à 18-14 les dispositions de l'article 20-4.

ARTICLE 19. 100% Santé

Afin de continuer à être qualifié de solidaire et responsable, le contrat souscrit par le Membre Participant doit être modifié et intégrer les dispositions relatives à la réforme dite « 100% Santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes. Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées. L'arrêté du 30 septembre 2019 mentionné à l'article 18-15 ci-dessus adapte les prestations servies au titre du régime complémentaire maladie des assurés des industries électriques et gazières obligatoire au dispositif « 100% Santé ».

Dans le cadre du 100% Santé, le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement. Si le contrat comporte des garanties optiques dentaires ou auditives, elles sont modifiées de la façon suivante :

19-1. Optique

a. Généralités et spécificités du Régime Spécial des IEG

Les évolutions suivantes entreront en vigueur à compter du 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 plafonds et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans la limite du plafond de classe B correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ». Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

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

b. Définition des verres simples, complexes ou très complexes

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

c. Les délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun du Régime Général de la Sécurité Sociale et du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> • 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières

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

19-2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront 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.

19-3. Aide auditive

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

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 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.

19-4. Disposition du contrat responsable

Sont appliqués en outre les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) ainsi que celle du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 notamment en ce qui concerne :

- la prise en charge du ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exception des médicaments remboursés à 15%, de l'homéopathie et des équipements optiques - monture et verres - dans le cas où le forfait de la Mutuelle a déjà été versé) ;
- la prise en charge illimitée du forfait journalier dans les établissements hospitaliers ;
- le respect du plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des actes de médecins selon les modalités suivantes : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) est limitée de la façon suivante :

- 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 adhérents au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/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) ;
- en revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) ne font pas l'objet d'un plafonnement.

- le respect de la périodicité, des plafonds et des plafonds des équipements (monture et verres) optique : le remboursement est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.

ARTICLE 20. Modifications suite au 100% Santé

Compte tenu des dispositions réglementaires dites « 100% Santé » imposées par la réglementation, des définitions sur les postes optique, dentaire et aide auditive peuvent impacter les contrats frais de Santé non responsables.

Le contrat souscrit par le Membre Participant est « non-responsable », en conséquence n'est pas tenu de respecter les obligations prévues aux articles L. 871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, et « solidaire ».

Sauf spécificité dans les conditions particulières, si le contrat comporte des garanties optique, dentaire ou aide auditive, les nouvelles définitions suivantes s'appliquent :

20-1. Optique

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 » : équipement qui respecte intégralement les prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100% Santé.
- L'équipement optique de « classe B » : équipement dont le tarif est librement fixé par l'opticien.

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 ».

Les limites de remboursement seront appliquées en fonction du contrat.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis dans l'article 17.1.b « Définition des verres simples, complexes ou très complexes »

Les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire sauf en cas d'évolution de la vue selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale ou pour les enfants de moins de 16 ans où la prise en charge est annuelle et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

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.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

20-2. Dentaire

Les évolutions suivantes entreront 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 des garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

20-3. Aide auditive

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

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

L'équipement auditif de « classe I » est remboursé 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.

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.

20-4. Pour les garanties EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2 et les prestations portant la mention Non Responsable figurant dans le tableau des garanties Cort qui n'ont pas le caractère de contrat responsable, sont appliquées en complément des points 18-1 à 18-13 les dispositions suivantes :

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

- Les actes spécifiquement mentionnés au contrat,
- Les minima de remboursement visés et/ou prévus à l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- En fonction de la garantie souscrite, la participation de la Mutuelle est limitée à un ou deux équipements par année civile et par bénéficiaire pour les verres et les montures d'une part, pour les lentilles correctrices non jetables d'autre part ;
- L'absence de différenciation des remboursements des visites et consultations entre les médecins signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (des médecins généralistes, spécialistes, des actes techniques médicaux et honoraires dans le cadre d'une hospitalisation (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) et les médecins non-signataires ;
- La prise en charge du ticket modérateur si la Mutuelle de 1^{er} niveau ne le prend pas en charge.

ARTICLE 21. Versement des prestations

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de deux ans à compter de la date de décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou de la date de remboursement du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières ou à compter de la date de facturation pour les prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

21-1. En cas de télétransmission

Le membre participant et ses éventuels ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lorsque ceux-ci sont transmis 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 le membre participant et/ou ses éventuels ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ces derniers doivent pour obtenir leur remboursement, envoyer à Energie Mutuelle les décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et les factures détaillées et acquittées.

21-2. A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à Energie Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie 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 restants à la charge du membre participant ou à celle de ses ayants droit.

Pour les garanties ayant le caractère de contrat responsable, à défaut d'information sur les décomptes du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le cas échéant d'un organisme complémentaire, il appartiendra au membre participant de fournir à la Mutuelle la justification de l'adhésion du médecin à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques). En l'absence d'information, les prestations seront versées sur la base de celles prévues pour les médecins non-signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques).

21-3. Tiers payant

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au membre participant de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement aux professionnels de santé via le portail Viamedis pour le montant que les bénéficiaires n'ont pas eu à régler. Certains accords avec les professionnels de santé et/ou établissements hospitaliers peuvent nécessiter l'émission d'une prise en charge via le portail Viamedis. Pour que le membre participant ou l'ayant droit puisse bénéficier des avantages accordés par le réseau Kalixia, le professionnel de santé doit obligatoirement pratiquer le tiers payant. Pour bénéficier du réseau Kalixia, le professionnel de santé doit délivrer une prise en charge au bénéficiaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Assurance Maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

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

21-4. Il peut être demandé par la Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou d'un premier organisme complémentaire ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

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

21-5. Le remboursement des actes d'ostéopathe, de diététicien(nes), de psychologue, de psychomotricien(ne), de psychologue et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DES Listes). Concernant les psychothérapeutes non psychologues, ils doivent être membres au Registre National des Psychothérapeutes, et préciser sur la facture le terme « psychothérapeutes ».

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. Pour le remboursement des séances de kinésithérapie dites de méthode Mézières, l'adhérent doit fournir à Energie Mutuelle, la facture nominative acquittée, portant : l'identification professionnelle du praticien, sa signature, son cachet et son N° ADELI précisant la date ainsi que la méthode Mézières effectuée.

21-6. Les prestations sont versées sur le compte de l'ayant droit pour tous les bénéficiaires de l'adhésion sauf si l'un de ceux-ci, âgé de plus de 16 ans, demande à les recevoir individuellement.

21-7. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé mensuel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque le membre participant a choisi l'envoi par Internet.

21-8. Le remboursement des séances d'activité physique est subordonné à la prescription par le médecin traitant et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique.

Une facture acquittée doit être fournie par l'intervenant appelé à dispenser l'activité physique avec Mention Activité Physique Adaptée (APA) ou sport sur ordonnance, ou référence au décret ou à l'article de la loi sur la facture.

Un formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants est disponible sur le site internet.

21-9. L'allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant ayant droit au titre du contrat est limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption par un parent.

Il peut être demandé par la mutuelle, les pièces suivantes nécessaires au paiement de l'allocation :

- en cas de maternité : photocopie du livret de famille ou de l'acte de naissance ;
- en cas d'adoption : copie du jugement d'adoption plénière. En cas de naissances multiples, l'allocation est versée en conséquence.

21-10. Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale peuvent être pris en charge sous réserve que le bénéficiaire adresse à la Mutuelle, une prescription mentionnant les médicaments ainsi qu'une facture acquittée portant l'abréviation NR (Non Remboursable).

21-11. Les masques dit « inclusifs » peuvent être pris en charge dans le cadre du Forfait Equipement Handicap.

ARTICLE 22. Soins à l'étranger

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

- Sur présentation de l'original ou de la copie :

- Des factures acquittées ;
 - Des prescriptions médicales ;
 - De la déclaration de soins reçus à l'étranger (formulaire Cerfa n° 12267-04-n° S3125c) ;
- Sur présentation de l'original :
- Du remboursement de l'Assurance Maladie ;
 - Ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

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

- Le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

La simulation de remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la réception de l'accord préalable du régime d'Assurance Maladie et du devis du praticien.

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

ARTICLE 23. Prescription et Indus**23-1. 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 a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

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

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 en ce qui concerne le règlement d'une indemnité.

23-2 Indus

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

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par tout moyen de paiement à la Mutuelle. La Mutuelle privilégie les moyens de paiement tels que le chèque ou le virement bancaire.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Ce dernier dispose d'une possibilité de contestation. Le débiteur de plusieurs dettes (bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, la Mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. A égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement. En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

TITRE IV – COTISATIONS**ARTICLE 24. Cotisations**

24-1. Le montant de la cotisation mensuelle est fixé annuellement par le Conseil d'Administration. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année.

Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables,
- du nombre et de l'âge des personnes garanties.

24-2. Les cotisations des membres participants sont dues mensuellement et d'avance.

24-3. En cas de décès d'un bénéficiaire, les cotisations perçues sont remboursées proratisées.

24-4. Pour les membres honoraires, personnes physiques, la cotisation annuelle est annexée avec le tableau des cotisations en vigueur ou envoyée à la fin de l'année avec l'échéancier annuel.

24-5. Lorsqu'une modification de la cotisation due par le membre participant est consécutive à un changement de tranche d'âge, la nouvelle cotisation est perçue à partir du 1^{er} janvier de chaque année selon l'âge des bénéficiaires garantis, en référence à l'article 9 du présent règlement.

24-6. Lorsque la cotisation tient compte de son revenu, le membre participant est tenu de porter à la connaissance de la Mutuelle les éléments permettant d'en valider le montant dans les 2 mois suivant la demande de celle-ci. A défaut, il est fait application de la cotisation la plus élevée à effet du 1^{er} avril de l'exercice.

24-7. Lorsqu'une modification de la cotisation due par le membre participant est consécutive à un changement de la garantie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit telle que prévue à l'article 15, la Mutuelle procède à la régularisation des cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande du membre participant, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à 1 an.

24-8. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES**ARTICLE 25. Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnis ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. En cas d'accident causé par un tiers, le membre participant doit impérativement signaler l'accident à la Mutuelle afin qu'elle puisse exercer son droit de recours contre tiers.

ARTICLE 26. Nullité de la garantie**26-1. 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. La Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Le contrat est annulé de plein de droit. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

26-2. Fausse déclaration non intentionnelle

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée papier ou électronique. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 27. Réclamations

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

Par courriel, dans le formulaire « **Nous contacter** », accessible sur l'**espace Adhérent**. Sélectionnez la rubrique « Etape 1 : Vous souhaitez exprimer un mécontentement, une insatisfaction ? » puis le sujet concerné, par exemple « Prestations »

Ou **par téléphone au 09 69 32 37 37**

Du lundi au vendredi de 9h à 17h ;

Ou **par courrier** :

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

En cas de désaccord, avec la réponse apportée ou le litige, le membre participant a la faculté de s'adresser :

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

Ou **par courrier** :

**Energie Mutuelle
Service Réclamation
4 rue Fulton
49000 ANGERS**

Ou **par courriel** à l'adresse suivante : **reclamation@energiemutuelle.com**

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.

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) le membre participant ou son ayant droit a la faculté de faire appel au Médiateur de la Consommation de la Mutualité française désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 73 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 FNMFF dont les coordonnées sont les suivantes :

**Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française
FNMFF – 255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
en renseignant le formulaire sur le site ci-dessous :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>**

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

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

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

- le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €) ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal ;
- le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

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

TITRE VI – AUTRES GARANTIES INCLUSES**ARTICLE 28. Assistance – Energie Mutuelle Services**

28-1. Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la Mutuelle ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'Assistance Santé à Domicile.

Cette garantie est souscrite par la Mutuelle auprès d'AUXIA Assistance.

28-2. Cette prestation d'assistance propose aux adhérents une aide à domicile en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat.

28-3. L'assistance n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention des services d'urgence. Elle intervient à la suite d'appels émanant des bénéficiaires.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par le bénéficiaire ou ses proches par téléphone en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée fournie en Annexe,
- L'identité de l'assuré (nom, prénom, date de naissance),
- L'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).

28-4. Les prestations sont les suivantes :

• Assistance au quotidien en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs.

Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, venue d'un proche au chevet, garde ou transport d'ascendants dépendants, transfert et garde d'animaux domestiques familiaux (chiens et chats uniquement), aide-ménagère.

• Assistance Immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours d'un enfant.

Garde au domicile, et venue d'un proche au chevet, un soutien scolaire à domicile.

• Assistance en cas de décès de l'assuré

Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants de l'assuré décédé, venue d'un proche au chevet, garde ou transport d'ascendants dépendants, transfert et garde d'animaux domestiques familiaux (chiens et chats uniquement), aide-ménagère.

• Garanties complémentaires (service téléphonique d'informations sur la santé, informations sociales et administratives, recherche d'un médecin ou d'intervenant(e)s médicaux, recherche et envoi d'une infirmière/infirmier, livraison de médicaments, transports en ambulance.)

28-5. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la Mutuelle.

ARTICLE 29. Energie Mutuelle Perte d'Autonomie – Dépendance**29-1. Objet**

La garantie Perte d'Autonomie – Dépendance a pour objet :

- de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au conjoint inscrit à la Mutuelle qui est en état de Dépendance Totale (GIR 1/GIR 2) *, une prestation mensuelle ;

- de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au conjoint inscrit à la Mutuelle qui est en état de Dépendance Partielle (GIR 3) *, une aide ponctuelle appelée Allocation Equipement ;

La garantie est annuelle et est reconduite chaque année dans les conditions fixées à l'article 5 des Statuts.

29-2. Définition de la Dépendance

- Est considéré en état de Dépendance Totale, le membre participant et/ou le conjoint affilié aux garanties définies aux articles 6-1, 6-3 et 6-4 dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008.

- Est considéré en état de Dépendance Partielle, le membre participant et/ou le conjoint affilié aux garanties définies aux articles 6-1, 6-3 et 6-4 dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans le Groupe Iso-Ressources 3 en application de la grille AGGIR précitée.

L'état de Dépendance est apprécié à partir des Groupes Iso-Ressources (GIR) ci-après :

* GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie men-tale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

* GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

* GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

* GIR 4 : Les personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Les personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

Le classement en GIR 1, 2, 3 et 4 est constaté par la production du titre d'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie). Si la personne n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, le classement en GIR est constaté par la Mutuelle au vu des éléments fournis par le médecin traitant du bénéficiaire.

29-3. Conditions d'entrée pour bénéficiaire de la garantie Perte d'Autonomie – Dépendance

Tout membre participant et/ou bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la garantie Perte d'Autonomie – Dépendance, à l'exclusion de ceux qui, au 1^{er} janvier 2012, ou à la date d'adhésion à la Mutuelle s'ils adhèrent après le 1^{er} janvier 2012, et/ou qui pendant le délai de carence, se trouvent en état de Dépendance Totale ou Partielle ou qui ont recours à une aide régulière partielle ou totale pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou qui sont invalides de 2e ou 3e catégorie ou classés en GIR 1,2,3 ou 4.

- Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrit au 1^{er} janvier 2012 un délai d'attente de 6 mois est appliqué et la garantie entre en vigueur au 1^{er} juillet 2012.

- Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrit après le 1^{er} janvier 2012 un délai d'attente de 6 mois est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

En revanche aucun délai de carence supplémentaire ne sera appliqué si une nouvelle adhésion à une garantie équivalente ou inférieure est enregistrée en continuité de la clôture d'une précédente garantie.

Les membres participants et/ou le conjoint inscrits qui sont déclarés en état de Dépendance Totale ou Partielle ou en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie ou classés en GIR 1,2,3 ou 4 durant le délai d'attente de 6 mois ne sont pas éligibles à la garantie.

Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits à la Mutuelle en Affection Longue Durée (ALD) reconnue par la Sécurité sociale, le délai d'attente est porté à 2 ans à compter du 1^{er} janvier 2012 pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits au 1^{er} janvier 2012 et à compter de la date d'effet de l'adhésion pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits après le 1^{er} janvier 2012.

Tout état de Dépendance qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucun versement de prestations. En revanche si l'état de dépendance débute pendant le délai d'attente appliqué suite à une adhésion à une garantie supérieure enregistrée en continuité de la clôture d'une précédente garantie, la prestation sera versée sur la base de la garantie précédente. L'état de dépendance qui débute est caractérisé par un commencement de perte d'autonomie de l'assuré qui entraîne un classement ultérieur en GIR 1, 2 ou 3

29-4. Effectif couvert**29-4.1 Prestation mensuelle**

Sous réserve des conditions d'entrée définies à l'article 29-3 ci-dessus, bénéficient de la prestation mensuelle ci-après définie le membre participant et/ou son conjoint affilié à l'une des garanties suivantes :

- SODELI ;
- CORT ;
- EQUILIBRE AM ;
- CONFORT AM ;
- EQUILIBRE R2 ;
- CONFORT R2 ;
- EQUILIBRE MEDECINS ;
- CONFORT MEDECINS.

29-4.2 Allocation Equipement

Sous réserve des conditions d'entrée définies à l'article 29-3 ci-dessus, bénéficient de l'Allocation Equipement ci-après définie le membre participant et/ou son conjoint affilié à l'une des garanties suivantes :

- CORT ;
- CONFORT AM ;
- CONFORT R2 ;
- CONFORT MEDECINS.

29-5. Prestations**29-5.1 Modalités de versement et montant des prestations**

Prestation mensuelle : la prestation est versée chaque mois à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR 1 ou 2 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

Le versement mensuel est égal à :

- garanties SODELI, EQUILIBRE AM, EQUILIBRE R2, EQUILIBRE MEDECINS : 100€.
- garanties CORT, CONFORT AM, CONFORT R2, CONFORT MEDECINS : 150€.

Allocation Equipement : la prestation est versée en une fois à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR 3 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

Le montant de l'Allocation Equipement est égal à :

- garanties SODELI, EQUILIBRE AM, EQUILIBRE R2, EQUILIBRE MEDECINS : Néant.
- garanties CORT, CONFORT AM, CONFORT R2, CONFORT MEDECINS : 1 000€.

En cas de changement d'option, la prestation mensuelle versée initialement reste inchangée.

29-5.2 Suspension du paiement de la prestation mensuelle

La prestation mensuelle est versée aussi longtemps que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est vivant et en état de Dépendance reconnu.

29-5.3 Cessation du paiement de la prestation mensuelle

La prestation mensuelle cesse d'être versée au 1^{er} jour du mois qui suit :

- la cessation de l'état de Dépendance Totale ;
- le décès.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la Mutuelle.

29-6. Modalités de gestion et de justification de l'état de Dépendance Totale ou Partielle: Prescription

Toute action dérivant de l'application de la notice mentionnée au 29-5.1 est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. 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 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.

Les demandes de paiements des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter du classement en GIR 1, 2, 3 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

29-6.1 Déclaration de l'état de Dépendance Totale ou Partielle

Dès réception de la demande des prestations relatives à la Dépendance Totale ou Partielle, la Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par le médecin-conseil de la Mutuelle.

29-6.2 Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal ;
- toutes les notifications d'attribution de l'APA au demandeur, indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation, la date d'attribution et la date de révision éventuelle ;
- la notification Affection Langue Durée reconnue par la Sécurité sociale, le cas échéant ;
- si l'intéressé n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, un certificat médical dépendance rempli par le médecin de celui-ci et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle ;
- dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle de l'intéressé ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Au cours du paiement des prestations, la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de Dépendance Partielle ou Totale du bénéficiaire de la garantie. En cas de refus de sa part, le paiement des prestations cessera de plein droit.

29-7. Cotisations

La part de cotisations afférentes à la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance ci-avant désignée (Prestation mensuelle et Allocation Equipement) est intégrée à la cotisation globale de la garantie frais de santé. Elle est annuelle et révisable chaque année dans les conditions fixées à l'article 24-1 du présent Règlement.

Lorsque le membre participant « isolé » ou les deux membres du couple sont en situation de non-éligibilité à la garantie Dépendance, la cotisation perçue au titre de cette garantie est affectée aux échéances suivantes de la garantie frais de santé pour une période limitée à 2 ans. Le montant de la cotisation à la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance demeure identique lorsque l'un des 2 membres du couple n'est pas éligible à cette garantie ou reconnu en état de Dépendance GIR 1 ou GIR 2.

Lors du bénéfice des prestations de la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance pour les adhérents en situation de GIR 1 ou GIR2, la cotisation est suspendue aussi longtemps que le membre participant et/ou bénéficiaire conjoint est vivant et en état de Dépendance reconnu.

La cotisation cesse d'être perçue au 1^{er} jour du mois qui suit :

- la reconnaissance de l'état de Dépendance Totale ;
- le décès.

ARTICLE 30. Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale**30-1. Objet et cadre juridique de la téléconsultation**

La garantie Téléconsultation est mise en œuvre par Bien Etre Assistance (BEA) auprès de Malakoff Médéric et assuré par AUXIA Assistance.

Elle constitue un service de télé-médecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine.

BEA est autorisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à réaliser des prestations de Téléconsultation médicale.

Le service de Téléconsultation est accessible par le biais de la plate-forme téléphonique de BEA composée d'Infirmier Diplômé Etat (IDE) et de Médecins inscrits à l'Ordre des Médecins. Le service de Téléconsultation a été déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, sous les références suivantes : déclaration n°2039807 du 4 mai 2017.

Les services fournis, accessibles en France ou lors d'un déplacement à l'étranger, sont de trois types :

- Téléconsultation,
- Orientation dans le parcours de soins,
- Information générale sur la santé.

30-2. Sont couverts par la garantie en inclusion avec l'assistance, toutes les garanties des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie Mutuelle dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire.

30-3. Description du service de téléconsultation

L'utilisation du service de Téléconsultation médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une affiliation en cours de validité.

Le service Téléconsultation est mis à disposition en inclusion aux Bénéficiaires dans la limite de 5 Téléconsultations par Bénéficiaire par année civile.

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, chaque Bénéficiaire peut contacter le service de Téléconsultation.

En journée, un IDE réceptionnera chaque appel. Après avoir informé le Bénéficiaire des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande. L'IDE, délivrera, selon le cas, des informations générales de santé et/ou orientations dans le parcours de soins et le cas échéant, le mettra en relation avec un Médecin qui procédera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin apportera une réponse médicale adaptée à la situation du Bénéficiaire. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil/avis médical,
- Information et orientation dans le parcours de soins,
- Prescription écrite médicamenteuse.

Le Médecin est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où une urgence médicale était identifiée, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte rendu de consultation pourra être adressé au médecin traitant du Bénéficiaire, si le Médecin estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le Médecin réorientera le patient vers son médecin traitant.

Le service de Téléconsultation n'a pas vocation à se substituer à une consultation médicale avec le médecin traitant du Bénéficiaire et ne peut remplacer le parcours de soin habituel. Il vient en complément et non en substitution.

Le Bénéficiaire est informé que les Médecins auront accès aux informations qu'il leur aura communiquées par le biais du service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires en matière d'accès par des professionnels de santé à des données à caractère personnel de santé de patients.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle, l'échange doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Le Bénéficiaire est informé que les Médecins auront accès aux informations qu'il leur aura communiquées par le biais du service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires en matière d'accès par des professionnels de santé à des données à caractère personnel de santé de patients.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle, l'échange doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

30-4. Exclusion du service téléconsultation

Sont exclus de la Téléconsultation :

- Les situations d'urgence médicale : dans ce cas, le Bénéficiaire sera accompagné vers le service d'urgence médicale (SAMU)
- Les Téléconsultations nécessitant un examen physique du Bénéficiaire,
- Les demandes de Téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions lorsque le Bénéficiaire se situe en dehors de territoire français,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (sauf dépannage ponctuel),
- La prescription de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officielles.

30-5. Responsabilité

Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire demeure pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du service de Téléconsultation dans les conditions de droit commun.

Il appartient au Bénéficiaire d'utiliser le service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires afin de permettre à l'équipe de Médecins de réaliser la Téléconsultation et lui donner des conseils adaptés.

A cet égard, le Bénéficiaire est seul responsable de l'exactitude, de la cohérence et de l'exhaustivité des données qu'il transmet aux Médecins dans le cadre de l'utilisation du service de Téléconsultation.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

30-6. Une description complète et les conditions générales d'utilisation de la garantie sont fournies lors de l'adhésion à la Mutuelle

ARTICLE 31. Energie Mutuelle Deuxième Avis Médical**31.1. Objet**

La garantie Deuxième Avis Médical est souscrite par la Mutuelle auprès de Carians.

Elle a pour objet de permettre aux bénéficiaires d'accéder à un haut niveau d'expertise médicale en cas de problème de santé « sérieux » ou de situation médicale complexe.

31.2 Sont couverts toutes les garanties des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie Mutuelle dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire.

31.3. Modalités de mise en œuvre de la garantie

L'Assuré accède au Service Personnalisé via son espace client ENERGIE MUTUELLE.

Pour obtenir ensuite un deuxième avis d'expert, l'Assuré devra :

- Remplir, en ligne, un questionnaire médical approfondi sur sa pathologie et,
- Télécharger les pièces jointes nécessaires à l'avis (examens radio, IRM, Labo, etc...).

Le médecin expert analysera les documents transmis par le patient et pourra, le cas échéant, demander des pièces complémentaires.

La réponse de l'expert est garantie dans un délai de 7 jours via la plateforme, dans le cas où l'assuré choisit de s'en remettre à elle pour le choix du médecin expert et dès lors que le dossier médical transmis est complet.

Dans le cas où l'assuré choisit lui-même le médecin expert, le délai de réponse sera fonction de la disponibilité de l'expert.

Le dossier est clôturé automatiquement 15 jours après l'envoi du compte-rendu à l'Assuré ; le dossier est archivé et conservé pendant 10 ans et l'Assuré (ainsi que le patient sur lequel se porte la demande le cas échéant) peut y accéder s'il en fait la demande.

La liste (non exhaustive) des spécialités couvertes par le service personnalisé sont, notamment :
- Cancérologie, neurologie, orthopédie et rhumatologie, gynécologie et andrologie
- urologie, et cardiologie et vasculaire.

31.4. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la Mutuelle.

ARTICLE 32. Visible Patient

32.1. Une description complète du service est fournie lors de l'adhésion à la mutuelle.

TITRE VII – INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS – MODIFICATIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT

ARTICLE 33. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

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

En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

ARTICLE 34. Informations des membres participants

34-1. Modification du présent Règlement

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

34-2. Information des membres participants

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie exclusivement numérique, les Statuts, le Règlement Intérieur et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive sur la Distribution d'Assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux adhérents.

Dans le cadre de la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de l'arrêté du 6 mai 2020 publié au Journal Officiel le 5 juin 2020 précisant les modalités de communication des organismes de protection sociale complémentaire, Energie Mutuelle est dans l'obligation de fournir aux adhérents, des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie avant la souscription puis annuellement. Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

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

Nos conseillers en assurance sont rémunérés par Energie Mutuelle pour la distribution des garanties, le cas échéant. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

34-3. Modifications de la législation sociale

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

34-4. Information de la Mutuelle

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

34-5. Déchéance en cas de fraude

Le membre participant qui effectue une déclaration frauduleuse à l'occasion de la demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

La preuve de la mauvaise foi et de la falsification de la déclaration incombe à la Mutuelle afin de justifier la déchéance.

ARTICLE 35. Protection des données à caractère personnel

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 loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que : Energie Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par :

- Courriel à correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou
- Par courrier :

**Energie Mutuelle
Correspondant Délégué à la Protection des Données
4 rue Fulton
49000 ANGERS**

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent peuvent être collectées et traitées au titre de :

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

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

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

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'adhérent, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et Libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Le consentement du titulaire de l'autorité parentale sera demandé pour l'utilisation des données personnelles des mineurs de moins de 15 ans dans le cadre de la gestion de données de la Mutuelle, sauf exception pour les données concernant le dossier médical personnel du mineur. Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités de la Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégués 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. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de la Mutuelle et des prescriptions légales applicables.

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

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

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

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

- Par courriel 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 cnil.fr/fr/agir ou par courrier à l'adresse suivante :

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

ARTICLE 36. Divers**36-1. Contrôle****36-1.1 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 9.

36.1.2 Contrôle de la Mutuelle

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

36-2 Commission d'entraide Santé

En cas de situation exceptionnelle quelle qu'en soit l'origine, en lien avec le risque maladie, l'autonomie ou le handicap, la Commission d'entraide Santé après étude du dossier comme l'indique le Règlement Intérieur, peut verser des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations d'Energie Mutuelle.

36-3. Législation

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

36-4. 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.gouv.fr

36-5. Tribunaux compétents

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

36-6. Liste des annexes

Le présent Règlement comprend l'annexe suivante :

- Annexe 1 : Assistance - Energie Mutuelle Services
- Annexe 2 : Energie Mutuelle - Téléconsultation Médicale
- Annexe 3 : Energie Mutuelle - Deuxième Avis Médical
- Annexe 4 : Visible Patient

Les informations contenues dans le présent document peuvent être amenées à évoluer.
Consultez le site Internet energiemutuelle.fr pour prendre connaissance des dernières mises à jour.

energiemutuelle.fr
66 avenue du Maine
75014 PARIS

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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