NOTICE D'INFORMATION CSM

édition 1er janvier 2025 au 30 juin 2025

COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE DES SALARIÉS STATUTAIRES DE LA BRANCHE DES INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

HARMONIE MUTUELLE
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité Numéro Siren 538 518 473. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).
Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS

ENERGIE MUTUELLE
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité. SIREN 419 049 499. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).
Siège social : 66 avenue du Maine - 75014 PARIS

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP)
Association régie par la loi du 1er juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

SMI
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité Numéro Siren 784 669 954. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).
Siège social : 2 rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08.

Sommaire

Définitions 3

Préambule 5
- La mise en place de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) 5
- Quelles sont les prestations frais de santé assurées par les Mutuelles coassureurs ? 5
- Votre notice d'information 5

Votre Couverture Supplémentaire Maladie CSM 6
- Vos prestations frais de santé 6
- Grille optique 6
- Précisions 9
- Modalités de calcul des prestations 11
- Paiement des prestations 11
- Mise en œuvre du tiers-payant 12
- Spécificité du tiers-payant pour le dispositif 100% Santé 12
- Carte de tiers-payant et sa version dématérialisée 12
- Fonds Social dédié 12

Votre affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) 13
- Obligations de votre Employeur 13
- Vos obligations 13
- Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit 13

Au cours de votre affiliation 14
- Paiement des cotisations 14
- Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit 14
- Radiation de votre affiliation 14
- Radiation d'un ou de tous vos ayants droit 15
- Conséquences de la résiliation des Contrats d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit 15

Cas de maintien à titre obligatoire de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) ou au titre du maintien temporaire pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage 16
- Maintien de la CSM à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par votre Employeur 16
- Maintien de la CSM pendant une durée maximale de douze mois pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage 16

Cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) 17
- Maintien de la CSM à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par votre Employeur 17
- Maintien des garanties à titre facultatif pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 17
- Paiement des cotisations 17
- Conséquences du défaut de paiement des cotisations 17
- Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif 17

Dispositions diverses 18
- Prescription 18
- Réclamations et litiges 18
- Subrogation 19
- Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle 19
- Contrôle 19
- Échange de données informatisées 19
- Protection des données 19
- Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme 20
- Services 20

Répartition des salariés statutaires comme membres participants d'une des mutuelles coassureurs 22

Glossaire 23

Tiers-payant Viamedis 25

Réseau de soins Kalixia 26

Energie mutuelle Téléconsultation médicale 27

Energie mutuelle Deuxième avis médical 28

Energie mutuelle Visible Patient 29

Contacts 30

Définitions

Affiliation

Adhésion obligatoire des salariés statutaires qui bénéficient en conséquence des prestations frais de santé issues de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) et assurées par les Mutuelles coassureurs. Ils doivent remplir et dûment compléter à ce titre un Bulletin Individuel d'Affiliation permettant, notamment, de couvrir à titre obligatoire leurs éventuels ayants droit tels que définis à la présente notice. Les entreprises de la branche des IEG ont opté pour un processus de gestion, P1 ou P2 (présentés ci-dessous). En fonction du processus choisi par leur entreprise (cf. détail de la liste des entreprises relevant des processus P1 et P2 sur le site Internet de la CSM : https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2), les modalités d'affiliation des salariés et de leurs ayants droit ne sont pas les mêmes.

- **Processus 1** : les salariés des entreprises relevant du P1 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d'Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment **RIB et attestation Camieg** pour les ayants droit (et par la suite, leurs formulaires de modification de situation), directement à Energie mutuelle. Les salariés peuvent aussi directement compléter leur adhésion depuis leur espace personnel https://adh.energiemutuelle.fr
- **Processus 2** : les salariés des entreprises relevant du P2 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d'Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment **RIB et attestation Camieg** pour les ayants droit, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise, qui se charge ensuite d'envoyer ces éléments à Energie mutuelle. Leurs demandes ultérieures de modification de situation familiale devront en revanche être adressées, via le formulaire de modification de situation familiale, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise et à Energie mutuelle.

Par exception, les formulaires de modification de coordonnées, les bulletins pour demander le maintien de la CSM à titre facultatif en cas de « congé sans solde » et les bulletins d'adhésion « Loi Evin » seront à communiquer uniquement à Energie mutuelle.

Entreprises adhérentes

Les entreprises ou organismes relevant du champ d'application de l'accord de branche des IEG en date du 4 juin 2010, qui adhèrent aux contrats d'assurance collective des trois Mutuelles coassureurs (Energie mutuelle, Harmonie Mutuelle et SMI) ci-après définies.
Membres participants : salariés statutaires des entreprises adhérentes relevant d'une affiliation à titre obligatoire ou d'un maintien des prestations frais de santé à titre facultatif.

Les salariés statutaires bénéficiaires des prestations frais de santé à titre obligatoire sont :

- les salariés statutaires en activité ;
- les salariés statutaires, dont le contrat de travail est suspendu, mais qui ouvrent droit au maintien obligatoire de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), dès lors que la suspension du contrat de travail fait l'objet d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou que le salarié statutaire bénéficie d'une indemnité ou d'une prestation financée par l'employeur ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ces cas sont notamment les suivants :

- les salariés statutaires, en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d'origine professionnelle ou non, pour maternité ou paternité ;
- les salariés statutaires en congé épargne-temps ;
- les salariés statutaires en invalidité de catégories 2 et 3 ;
- les salariés statutaires en congé pris au titre du congé individuel de formation ou du compte personnel de formation, faisant l'objet d'une prise en charge par l'OPACIF ;
- les salariés en congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

- les salariés en congé de présence parentale ou en congé de solidarité familiale ou en congé de proche aidant. Les salariés statutaires dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient des allocations chômage de France Travail (à condition également de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite des Industries Electriques et Gazières (IEG)) dans le cadre de l'application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés statutaires bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif sont ceux dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que :

- la suspension ne donne pas lieu à maintien de la rémunération, ni au versement d'une prestation financée par l'Employeur.
- Ils continuent de bénéficier d'une couverture de la Camieg au titre de la PUMA (Protection Universelle Maladie).

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

Ayants droit couverts à titre obligatoire

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

- **les enfants et le conjoint ayants droit du Régime Spécial d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières**, tels que définis au 1° et 2° du VI de l'article 1er de l'arrêté du 30 mars 2007 modifié par l'arrêté du 23 novembre 2010 relatif au Régime Spécial d'Assurance Maladie et Maternité des Industries Electriques et Gazières, et plus précisément :
- **les ayants droit bénéficiaires des garanties frais de santé sont les personnes bénéficiaires du Régime Spécial des IEG géré par la Camieg** et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560[1] fois à la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :
  - le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le Régime Spécial des IEG ;
  - l'enfant célibataire du salarié statutaire à la charge de l'ouvrant droit, de son conjoint, de son conjoint séparé de corps, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, la pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
    - âgé de 26 ans au plus ;
    - ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21e anniversaire ;
    - ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé.

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des IEG.

(1) Plus d'informations https://www.camieg.fr/espace-assure/droits-et-demarches/etre-ayant-droit-regime-complementaire/justifier-de-ses-ressources

Définitions

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des IEG.

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

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

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

Bénéficiaire

Toute personne qui bénéficie des prestations frais de santé définies dans la présente notice, à savoir le salarié statutaire et ses ayants droit couverts (bénéficiaires du régime spécial d'Assurance Maladie de la branche des IEG) à titre obligatoire ou facultatif en cas de suspension du contrat de travail.

Période de garantie

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

Mutuelles coassureurs

Les mutuelles assurant les prestations frais de santé qui composent la CSM de la branche des IEG sous la forme d'une coassurance sont :

- Energie mutuelle, numéro SIREN 419 049 499, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et dont le siège se situe 66 avenue du Maine – 75014 PARIS
- Harmonie Mutuelle, numéro SIREN 513 518 473, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et dont le siège se situe 143 rue Blomet – 75015 PARIS
- SMI, numéro SIREN 784 669 954, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et dont le siège se situe 2 rue Laborde – 75374 PARIS Cedex 08.

Les Mutuelles coassureurs Energie mutuelle, Harmonie Mutuelle et SMI sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 09.

Organisme gestionnaire du dispositif CSM

Energie mutuelle est l'organisme gestionnaire et apériteur du dispositif CSM désigné par les Mutuelles coassureurs. Energie mutuelle a pour mission notamment d'assurer :

- la mise à jour des pièces contractuelles ;
- les affiliations des salariés statutaires ;
- le recouvrement des cotisations ;
- le paiement des prestations frais de santé ;
- la gestion administrative du fonds social ;
- le traitement des réclamations et la gestion des litiges.

Préambule

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

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré, au 1er janvier 2011, par accord du 4 juin 2010, une Couverture obligatoire au profit des salariés statutaires en activité des Entreprises et des organismes de la branche des IEG dénommée Couverture Supplémentaire Maladie (CSM). Cet accord désigne les Mutuelles, Energie mutuelle (ex Mutieg), Harmonie Mutuelle et SMI en tant qu'organismes assureurs de ladite couverture souscrite à titre collectif.

Cet accord[1] a fait l'objet de cinq avenants dont le dernier a pris effet le 1er janvier 2021.

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

Aux fins d'organiser les modalités de la couverture et de la mutualisation des risques frais de santé ; le montage assurantiel a évolué le 1er janvier 2023. Il s'organise dans le cadre d'une coassurance entre Energie mutuelle, Harmonie Mutuelle et SMI. Cette évolution permet de simplifier le schéma contractuel antérieur et de tenir compte des dispositions de l'article L.227-1 du Code de la mutualité, né de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014.

Dans ce cadre, Energie mutuelle est l'apériteur et le gestionnaire du régime CSM dont les missions sont précisées ci-avant dans la présente notice.

Chaque entreprise et organisme de la Branche, sauf application des cas visés à l'article 7 de l'accord de Branche du 4 juin 2010, adhère au dispositif CSM, en retournant à Energie mutuelle, un Bulletin d'Adhésion Entreprise dûment rempli, daté et signé. Energie mutuelle accusera réception du bulletin d'adhésion et retourne à l'Entreprise un Certificat d'adhésion et la notice d'information.

Les organismes assureurs organisent au sein de la coassurance, les conditions dans lesquelles sont respectées les dispositions règlementaires en vigueur sur le droit des assurés.

La répartition des salariés statutaires comme membres participants d'une des mutuelles coassureurs s'effectue en fonction de leur département d'habitation. Cette répartition est présentée en annexe à la présente Notice d'information.

Champ d'application de la CSM : les dispositions de la présente notice s'appliquent en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion ainsi qu'à Saint-Barthélémy, à Saint-Martin, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'ensemble des entreprises ou organismes dont tout ou partie du personnel relève du statut national du personnel des IEG. L'accord relatif à la CSM s'applique à l'ensemble des entreprises ou organismes de la branche des IEG y compris les entreprises de moins de 50 salariés sans qu'il soit nécessaire de prévoir de stipulations spécifiques les concernant.

Quelles sont les modalités de la coassurance ?

Les Mutuelles coassureurs Energie mutuelle, Harmonie Mutuelle et SMI portent le risque d'assurance chacune, pour une quote-part définie entre elles.

Dans le cadre de la coassurance, Energie mutuelle en tant qu'apériteur a la charge notamment :

- de l'émission et de la mise à jour des pièces contractuelles ;
- de la gestion des cotisations et des prestations, conformément à l'article L. 227-1, II du Code de la mutualité ;
- de la gestion des relations avec la branche et les entreprises adhérentes ;
- des déclarations et du versement de toutes les taxes et contributions incombant aux coassureurs ;
- de la gestion administrative et financière du fonds social ;
- de rendre des comptes sur le traitement des réclamations et la gestion des litiges.

Votre notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les conditions et modalités de mise en œuvre des prestations frais de santé de votre Couverture Supplémentaire Maladie à effet du 1er janvier 2025 au 30 juin 2025.

Outre le remboursement des prestations frais de santé, vous bénéficiez du tiers-payant tel que décrit dans la présente notice d'information et de services proposés par Energie mutuelle auquel vous êtes affilié.

Vous pourrez également solliciter le Fonds social dédié mis en place par le régime de la Branche des IEG.

Les modifications de la CSM pourront donner lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles coassureurs.

(1) L'accord de branche et ses avenants sont disponibles sur le site https://sgeieg.fr/category/accords-collectifs/protection-sociale/maladie/

Votre couverture supplémentaire maladie CSM

Les prestations remboursées par la CSM à compter du 1er janvier 2025 et répondant aux exigences de la réforme dite du 100% Santé et aux engagements concernant la lisibilité des garanties signées par l'UNOCAM le 14 février 2019 sont les suivantes :

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels. **Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2025 jusqu'au 30/06/2025.**	**CAMIEG** **Régime de base**	**Régime complémentaire**	CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2025
SOINS COURANTS			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	40 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO[1] pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO[1] pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO[1] pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non-signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO[1] pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34 € par séance dans la limite de 12 séances par année civile
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS (27,48 €) par année civile
Pansements	60 %	60 %	40 %
Le taux de remboursement est majoré de 50 % {sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO[1] pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)**} pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.**			
OPTIQUE			
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale : - Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	35 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 34,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00 €)
Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale : - Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	77 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 76,97 € pour le régime complémentaire) [3]	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)
Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale : - Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) : Hors réseau Kalixia [2]	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 185,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)
Dans le réseau Kalixia [2]			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale : - Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) : Hors réseau Kalixia [2]	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)
Dans le réseau Kalixia [2]			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B * **	60 %	60 %	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (58,88 €) par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (288,49 €) par année civile****
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS (1 256,00 €) par année civile et par œil

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.
(2) La prise en charge de la CSM est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la CSM (monture et verres) sont différenciés entre Adulte (à partir de 18 ans) et Enfant (moins de 18 ans). La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre règlementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65). Les avantages accordés par le réseau Kalixia sont subordonnés à ce que l'assuré ne refuse pas le tiers payant proposé systématiquement par l'opticien du réseau.
(3) Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77 € (y compris le régime de base à 0,06 € soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la CSM au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg.
*** La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appairage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.**
**** Correction telle que précisée à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.**
***** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).**
****** Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge**

DENTAIRE			
SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes)	60 %	60 %	100 %
Stomatologues	70 %	50 %	100 %
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)	60 %	60 %	100 %
Radiologie dentaire	60 %	60 %	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES - Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis règlementairement) [1]	60 %	Prise en charge intégrale[1]	-
- Panier reste à charge maitrisé	60 %	435 %	150 %

Copyright Energie mutuelle 2024. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_MAA_CSM_TG-20250127

Votre couverture supplémentaire maladie CSM

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels. **Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2025 jusqu'au 30/06/2025.**	CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2025
	Régime de base	**Régime complémentaire**	
DENTAIRE (suite)			
- Panier tarifs libres : - prothèses	60 %	435 %	150 %
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	60 %	435 %	10,5 % du PMSS (412,13 €) par couronne sur implant
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :			
- 1 à 2 dents	-	-	2 % du PMSS (78,50 €)
- 3 dents	-	-	4 % du PMSS (157,00 €)
- par dent supplémentaire	-	-	1 % du PMSS (39,25 €)
ORTHODONTIE Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	260 %	200 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300 %
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :			150 %
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	
Implants - maximum 5 implants par année civile et par bénéficiaire (3)	-	-	20 % du PMSS (785,00 €) par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) (2)	-	-	8,4 % du PMSS (329,70 €) par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-	30 % des frais réels par année civile
(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la CSM dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale. **(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.** **(3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».**			
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE			
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %	100 %
Véhicule pour personne en situation de handicap accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 532,50 €)
AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables à compter du 1er janvier 2021 fixée à 1 700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)			
Remboursement au 1er janvier 2025 : - Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini règlementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) ** : Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ***	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (54,95 €) par année civile
*** La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.** **** La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsables de 1 700 € par oreille.** ***** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.**			
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)			
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/(OPTAM/OPTAM-ACO(4) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	80 % / 100 %	20 % / 0 % Honoraires : 220 % / 200 %	100 %
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer	-
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/(OPTAM/OPTAM-ACO(4) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L. 174-4 du CSS	-	-	100 % des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1 % du PMSS (39,25 €)
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)	-	-	2,1 % du PMSS (82,43 €)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-	1,12 % du PMSS (43,96€)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)			2,1 % du PMSS (82,43 €)
- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. **- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.** **- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :** **- le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;** **- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.** *** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrainant pas d'hospitalisation.** **(4) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.**			
AUTRES PRESTATIONS			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %	8 % du PMSS (314,00 €)
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS (68,69 €)
Contraception non remboursée : Pilules de 3e et 4e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	1,75 % du PMSS (68,69 €)
Ostéodensitométrie	70 %	50 %	2,8 % du PMSS (109,90 €)
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - test Hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin.			3,85 % du PMSS (151,11 €) par année civile

Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement)
Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.
BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes). **OPTAM** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. **OPTAM-ACO** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les Anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques. **CSS :** Code de la Sécurité sociale.
PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour **2025 est de 3 925 €**).
Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire ainsi que la Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels. La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.
Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social de la CSM.

Copyright Energie mutuelle 2024. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_MAA_CSM_TG-20250127

Vos prestations frais de santé

Grille optique

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

	Grille optique CSM pour Adulte (à partir de 18 ans) : (a)					
	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
Sphère	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,25-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

	Grille optique CSM pour Enfant (- 18 ans) : (a)					
	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
Sphère	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,25-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre simple — Verre complexe — Verre très complexe

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

La prise en charge des verres s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif aux plafonds des contrats responsables (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65)

Copyright Energie mutuelle 2024. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_MAA_CSM_TG-20250127

Précisions

Respect des dispositions du contrat responsable

La présente notice et grille de prestations respectent les conditions du contrat responsable :

- **pour le ticket modérateur**, les garanties comprennent bien la prise en charge totale ou partielle de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance Maladie prévue au I de l'article L.160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.
- **Les prestations liées à la prévention** telles qu'exigées par le contrat responsable sont bien prévues aux garanties CSM.
- **Le forfait journalier** prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité Sociale pour les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement et sans limitation de durée.
- **Le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique** (anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/ obstétriciens respecte les limites prévues au paragraphe 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir : La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable.

De plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhérent au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-ACO pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

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

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

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

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

Optique

Généralités et spécificités du Régime Camieg

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur depuis le 1er janvier 2020 : l'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

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

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

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

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

Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante (100 euros maximum pour la monture suite au remboursement de base, au remboursement complémentaire et au remboursement de la CSM).

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

Définition des verres simples, complexes ou très complexes.

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet 2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	• Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	• Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Dentaire

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

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

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

Aide Auditive

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du 1er janvier 2021. Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

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

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

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

- **la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation de leur part d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus) ;**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;**
- **les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles coassureurs ;**
- **la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé**;
- **toute autre mesure d'exclusion induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics est exclue des remboursements accordés par Energie mutuelle et qui fera l'objet d'un nouvel avenant au contrat CSM.**

Modalités de calcul des prestations

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

Selon le poste de soins, les Mutuelles coassureurs déterminent le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Obligatoire soit au tarif de convention soit au tarif d'autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

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

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

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

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire, les montants de remboursements assurés par les Mutuelles coassureurs demeurent au niveau atteint avant la modification, à défaut de révision des Contrats d'assurance collective.

Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes), de psychologue et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). Les actes d'acupuncture et de nutrition doivent être effectués par un médecin. Quant aux étiopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.

Paiement des prestations

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

Energie mutuelle met à votre disposition, ou à la disposition de la personne que vous avez désignée, un relevé des remboursements.

1 _ En cas de télétransmission (Dispositif NOEMIE) :

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

Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué, dans un délai de 48 h ouvrées, par Energie mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

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

2 _ À défaut de télétransmission

À défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial géré par la Camieg ou le Régime de Sécurité sociale à Energie mutuelle, les prestations sont versées, dans un délai de 5 jours ouvrés, sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Spécial géré par la Camieg et si nécessaire, par le Régime de Sécurité sociale ou téléchargés sur le site Internet de l'Assurance Maladie ;
- des documents nécessaires pour avoir connaissance des dépenses engagées (note d'honoraires, factures détaillées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme assureur d'un régime frais de santé complémentaire « responsable », de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit.

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour vous éviter de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement aux professionnels de santé pour le montant que vous et vos ayants droit n'avez pas eu à régler.

Mise en œuvre du tiers payant

La couverture supplémentaire maladie vous permet ainsi qu'à vos ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur un certain nombre d'actes pratiqués par les professionnels de santé et au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Compte tenu de la spécificité du régime spécial de Sécurité sociale applicable au personnel statutaire des Industries Electriques et Gazières, le tiers payant s'applique aux garanties hospitalisation (forfait journalier et chambre particulière), optique et prothèses dentaires de la couverture supplémentaire maladie.

Pour que le tiers payant s'applique, il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant Viamedis et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme gestionnaire soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100 % santé, la situation suivante ne permet pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale : Il s'agit du défaut de consentement écrit de l'assuré à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites. Dans ce cas, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Specificité du tiers payant pour le dispositif 100% Santé

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement. Les prestations du « 100% santé » en audiologie, dentaire et optique, sont intégralement remboursées par la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg).

Carte de tiers payant et sa version dématérialisée

Une carte de tiers payant vous est adressée mentionnant notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de l'organisme gestionnaire.

À compter du jour où les garanties cessent, vous et vos éventuels ayants droit ne doivent plus utiliser votre carte de tiers payant et devez en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : Etablissement hospitalier).

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par vos soins sous format dématérialisé depuis votre Espace personnel (accessible sur PC, tablette, smartphone ou application mobile) à l'adresse **www.adh.energiemutuelle.fr.**

Cette version dématérialisée étant le strict reflet de vos droits et de celles de vos bénéficiaires au jour du téléchargement, elle peut être présentée en priorité au professionnel de santé.

Votre affiliation à la couverture supplémentaire maladie (CSM)

Recouvrement des prestations

L'assureur se réserve le droit de réclamer à l'assuré les prestations indûment versées (y compris en cas de versement à tort par la Sécurité sociale ou la Caisse d'Assurance Maladie des IEG).

Fonds Social dédié

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

Energie mutuelle – Service Solidarité et Prévention : 66 avenue du Maine – 75014 Paris
https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/pole-solidarite
Ou par mail à l'adresse suivante :
aide-sociale-a@energiemutuelle.com

Obligations de votre Employeur

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

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

Les Statuts et le Règlement intérieur d'Energie mutuelle, apériteur et gestionnaire du dispositif CSM ainsi que ceux d'Harmonie Mutuelle et de SMI, sont consultables et téléchargeables depuis votre espace adhérent adh.energiemutuelle.fr ou sur le site energiemutuelle.fr
En cas de modifications des prestations frais de santé et de leurs modalités de mise en œuvre et de couverture, votre Employeur vous remet une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles coassureurs.

Vos obligations

Vous devez adresser, dans les plus brefs délais, le Bulletin Individuel d'Affiliation accompagné de votre RIB, selon le choix opéré par votre Employeur (processus 1 ou processus 2 définis en page 3) :

- soit à Energie mutuelle,
- soit à votre Employeur (charge à lui dans ce second cas, de l'adresser à Energie mutuelle).

Vous êtes tenu de renseigner dans ce Bulletin Individuel d'Affiliation, les informations relatives à vos ayants droit (bénéficiaires du régime spécial d'Assurance Maladie des IEG) tels que définis à la présente notice (page 3), de manière à ce qu'ils soient couverts à titre obligatoire. Ces informations incluent la communication de l'attestation Camieg de vos ayants droit.

Dans le cadre du processus 1, vous pouvez réaliser votre affiliation depuis votre espace adhérent adh.energiemutuelle.fr

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

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

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

Paiement des cotisations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les couples de salariés statutaires affiliés de la même Entreprise ou d'Entreprises relevant toutes deux du champ d'application de l'accord de branche des IEG du 4 juin 2010, le Salarié statutaire

ayant ses enfants inscrits sous son numéro de Sécurité sociale Camieg supporte la cotisation « Famille », le conjoint, le conjoint séparé, le concubin ou le partenaire de PACS supportant, pour sa part, la cotisation « Isolé ». Dans le cas où les enfants seraient rattachés au numéro de Sécurité sociale de leur père ET de leur mère, les conjoints devraient désigner celui d'entre eux qui s'acquittera de la cotisation « Famille » (l'autre s'acquittant uniquement d'une cotisation « Isolé »). Le conjoint qui s'acquittera de la cotisation « Famille » sera le seul à inscrire les enfants du couple sur son dossier CSM.

Par ailleurs, si vous démontrez à votre Employeur que vos ayants droit couverts en principe à titre obligatoire par la CSM sont déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs (voir page 4 de la présente notice, les autres couvertures obligatoires possibles), vous pouvez alors cotiser uniquement au taux « Isolé » (au lieu du taux « Famille »). Vous devrez justifier de la situation de vos ayants droit au regard de l'exclusion de la CSM chaque année auprès de votre Employeur. Dans ce cas, vos ayants droit ne seront pas couverts au titre de la CSM tant que vous pourrez faire jouer cette dispense annuelle d'avoir à cotiser au taux « Famille ».

Dans le cas où votre cotisation ne correspond pas à votre situation familiale réelle, les règles de régularisation des cotisations sont les suivantes.

Si une cotisation « Famille » a été prélevée à la place d'une cotisation « Isolé » :

- l'Employeur rembourse à titre rétroactif le différentiel pour les 6 premiers mois ;

- Energie mutuelle rembourse à titre rétroactif le différentiel pour les 18 mois restants (soit 2 ans au total).

Si une cotisation « Isolé » a été prélevée à la place d'une cotisation « Famille » :

- l'Employeur prélève le différentiel de cotisations au titre des seuls 6 derniers mois.

Toute action relative au paiement des cotisations se prescrit par 2 ans, soit 24 mois, à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

La cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale limitée au Plafond de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale pour 2025 est de 3 925 € ; il est revalorisé chaque année).

Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise constituant l'assiette des cotisations et des prestations du régime spécial vieillesse des IEG.

Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit

Modification de situation familiale

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

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

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

Modification de situation personnelle

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à Energie mutuelle dans les plus brefs délais à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de coordonnées bancaires ou de situation au regard du Régime d'Assurance Maladie obligatoire français ou du régime spécial des IEG géré par la Camieg.

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

Un justificatif peut être exigé par Energie mutuelle pour la prise en compte de ces changements.

Radiation de votre affiliation

Votre affiliation prend fin :

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

Radiation d'un ou de tous vos ayants droit

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

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

Conséquences de la résiliation du contrat d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit

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

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

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

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

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

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

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

Pour les cas de suspension du contrat de travail avec maintien partiel ou total de la rémunération ou versement d'une prestation financée par votre Employeur et les cas d'invalidité de première catégorie, ouvrant droit au maintien à titre obligatoire des prestations frais de santé, l'assiette de calcul des cotisations est la rémunération principale effectivement perçue par le salarié statutaire hors bénéficiaires de congés aidants indemnisés par la couverture de prévoyance de la Branche IEG - Congé de Solidarité Familiale (CSF), Congé de Présence Parentale (CPP), Congé de Proche Aidant (CPA) - qui sont maintenus à titre obligatoire dans la couverture CSM sans prélèvement de cotisations.

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

Cas de maintien à titre obligatoire de votre couverture supplémentaire maladie ou au titre du maintien temporaire pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A défaut d'avoir rempli cette obligation et dans le cas où le membre participant aurait bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il pouvait prétendre, une récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre. L'action en recouvrement des prestations indûment versées est prescrite par un délai de cinq ans à compter du paiement des prestations au bénéficiaire ou en cas de fausse déclaration ou de fraude, à compter du jour de la découverte de cette dernière.

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

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

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

Maintien des garanties à titre facultatif pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 - CSM Evin

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

Les ayants droit garantis du chef d'un salarié statutaire, qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès du Salarié statutaire, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à Energie mutuelle dans les six mois suivant le décès du Salarié statutaire.

Les conditions et modalités de financement du maintien des prestations frais de santé pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 font l'objet d'un règlement mutualiste spécifique que vous pouvez demander à Energie mutuelle. Pour tous ces cas, il faut adresser à Energie mutuelle un Bulletin d'Adhésion CSM Loi Evin qu'il est possible d'obtenir auprès de Energie mutuelle, de télécharger sur le site **energiemutuelle.fr/mutiegA** ou à compléter directement sur son espace personnel **adh.energiemutuelle.fr** dès lors que l'Employeur du salarié statutaire aura communiqué la nouvelle situation professionelle à Energie mutuelle.

Cas de maintien à titre facultatif de votre couverture supplémentaire maladie (CSM)

Paiement des cotisations

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

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

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

Conséquences du défaut de paiement des cotisations

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

Dans tous les cas, le contrat ou l'adhésion individuelle non résilié(e) reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif

Chaque année, vous pouvez mettre fin à effet du 31 décembre au maintien des prestations à titre facultatif par lettre simple à Energie mutuelle, par une déclaration faite au siège social d'Energie mutuelle, par un acte extra-judiciaire ou par tout support durable notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr, au plus tard le 31 octobre de l'année civile, pour un effet au 1er janvier de l'année qui suit. Au terme de la suspension de votre contrat de travail, et lorsque vous réintégrez une entreprise de la branche des IEG, la résiliation est automatique et vous êtes à nouveau couvert à titre obligatoire par la CSM.

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

Lorsque Energie mutuelle propose l'adhésion au maintien des garanties par un mode de communication à distance, la résiliation peut s'effectuer par le même mode de communication ; soit par tout autre moyen prévu par le dispositif CSM.

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

Prescription

Toute action dérivant de l'application du présent contrat CSM 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 Energie mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

Toutefois, ces délais ne courent en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte du Salarié statutaire sur le risque couru, que du jour où Energie mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, les délais ne courent que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. La prescription biennale peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressée par le Bénéficiaire ou l'ayant droit à Energie mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité.

Prestations

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte du régime spécial d'Assurance Maladie des IEG (Camieg) et si nécessaire du décompte du Régime de Sécurité Sociale obligatoire ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Cotisations

Toute action relative au versement des cotisations se prescrit par 2 ans, soit 24 mois, à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Les règles de régularisation de cotisations sont précisées page 14 de la présente notice d'information dans la partie « Paiement des cotisations ».

Indus

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

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par chèque ou par virement bancaire à Energie mutuelle.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par Energie mutuelle au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Le débiteur de plusieurs dettes (bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, Energie mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. À 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.

Réclamations et litiges

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

En cas de mécontentement, la réclamation peut également être adressée :

- Par courriel, dans le formulaire « Nous contacter » puis « Poser une question », accessible depuis l'espace Adhérent.
- Ou **par courrier à : Energie Mutuelle** Service Réclamation 66 avenue du Maine 75014 PARIS
- Ou par courriel à l'adresse suivante : reclamation@energiemutuelle.com

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée.

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

Les conseillers de la Mutuelle accuseront réception de la demande dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de sa réclamation écrite, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai et, en tout état de cause, une réponse à la réclamation sera apportée dans un délai de deux mois suivant sa date d'envoi.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si l'organisme assureur n'a pas répondu dans le délai de 2 mois, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de la FNMF, à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15, ou par voie électronique :

https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/ dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

Subrogation

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

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

Afin de permettre aux Mutuelles coassureurs de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le salarié statutaire ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à Energie mutuelle tout accident dont ils sont victimes.

Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, la garantie accordée au salarié statutaire et à ses ayants droit est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Energie mutuelle.

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

Contrôle

- **Contrôle de l'ACPR**

L'autorité en charge du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

- **Contrôle de la Mutuelle**

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins, Energie 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.

Échange de données informatisées

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

Protection des données

Conformément à la règlementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le salarié statutaire et ses ayants droit sont informés par les Mutuelles coassureurs en leur qualité de responsable de traitement, que leurs données personnelles sont traitées, comme indiqué dans le tableau ci-après :

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, les Mutuelles coassureurs s'engagent à ne pas exploiter les données du membre participant et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
Données d'**identification** Données relatives à la **situation familiale, à la vie personnelle, la santé du membre participant** Données **économique, patrimoniale et financière, professionnelle**	La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'autres organismes des groupes auxquels les Mutuelles coassureurs appartiennent ; L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que le membre participant et ses ayants droit expriment ; La gestion des avis du membre participant et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus proposés par les Mutuelles coassureurs ou leurs partenaires ;	Les services des Mutuelles coassureurs dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données Les sous-traitants éventuels Les délégataires de gestion	**Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :** - des finalités pour lesquelles les données sont collectées - de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat
Données relatives à **l'appréciation du risque**	L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ; L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré, Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données. L'exécution des dispositions légales, règlementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ; A ce titre, Les Mutuelles coassureurs s'engagent peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine La proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par le groupe Malakoff Humanis auquel Energie Mutuelle appartient ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités ;	Les réassureurs et coassureurs Les organismes professionnels habilités Les partenaires Les sociétés extérieures	- des obligations légales des Mutuelles coassureurs - des prescriptions légales et règlementaires applicables de conservation

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, les Mutuelles coassureurs s'engagent à ne pas exploiter les données du membre participant et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
	La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et de ses ayants droit.		
Données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit	La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale	Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical du groupe Malakoff Humanis auquel Energie Mutuelle appartient. Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019.	

Les Mutuelles coassureurs s'engagent à ce que les données personnelles du membre participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Le membre participant a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier. Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'assuré et de ses ayants droit est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé. A ce titre, les données personnelles relatives à la santé de l'assuré et celles de ses ayants droit sont traitées (1) dans des conditions qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et de ses ayants droit, notifie à la CNIL (autorité de contrôle des données personnelles) dans le délai prévu par l'article 33 du RGPD après la découverte d'une violation de données personnelles et (2.1) informe l'assuré dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés conformément à l'article 34 du RGPD.

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 par les Mutuelles coassureurs, sauf exception pour les données concernant le dossier médical personnel du mineur.

Si les données personnelles de l'assuré et de ses ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Energie Mutuelle s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

L'assuré et ses ayants droit disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

- Par courriel à **correspondant.dpo@energiemutuelle.fr**

ou

- Par courrier :

Energie mutuelle
Correspondant Délégué à la Protection des Données
5 esplanade de la Gare
49100 ANGERS

L'assuré et ses ayants droit dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet **https://www.cnil.fr/fr/agir** ou par courrier à l'adresse suivante :

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

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, Energie 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.

Ces obligations d'identification, de connaissance des membres participants et de vigilance perdurent pendant toute la durée de vie du contrat.

Services

Les salariés statutaires et leurs ayants droit bénéficient des services suivants présentés sous forme de fiche de fiches thématiques.

Pour plus d'informations, ils sont invités à contacter le centre de contacts Energie mutuelle dédié à la CSM

0 969 32 46 46 Service gratuit + prix appel

Répartition des salariés statutaires comme membres participants d'une des mutuelles coassureurs

Conformément aux dispositions de l'Article L.227-1 du Code de la mutualité, les salariés statutaires sont membres participants d'une des trois mutuelles coassureurs selon la répartition départementale présenté dans le tableau ci-après.

Départements	Harmonie Mutuelle	Mutuelle SMI	Energie Mutuelle
01 - Ain	Harmonie Mutuelle		
02 - Aisne	Harmonie Mutuelle		
03 - Allier		Mutuelle SMI	
04 - Alpes de Haute Provence	Harmonie Mutuelle		
05 - Hautes Alpes	Harmonie Mutuelle		
06 - Alpes Maritimes	Harmonie Mutuelle		
07 - Ardèche			Energie Mutuelle
08 - Ardennes			Energie Mutuelle
09 - Ariège	Harmonie Mutuelle		
10 - Aube	Harmonie Mutuelle		
11 - Aude		Mutuelle SMI	
12 - Aveyron	Harmonie Mutuelle		
13 - Bouches du Rhône			Energie Mutuelle
14 - Calvados			Energie Mutuelle
15 - Cantal	Harmonie Mutuelle		
16 - Charente	Harmonie Mutuelle		
17 - Charente Maritime			Energie Mutuelle
18 - Cher	Harmonie Mutuelle		
19 - Corrèze	Harmonie Mutuelle		
20 - Corse	Harmonie Mutuelle		
21 - Côte d Or	Harmonie Mutuelle		
22 - Côtes d Armor	Harmonie Mutuelle		
23 - Creuse	Harmonie Mutuelle		
24 - Dordogne		Mutuelle SMI	
25 - Doubs		Mutuelle SMI	
26 - Drôme	Harmonie Mutuelle		
27 - Eure	Harmonie Mutuelle		
28 - Eure et Loir	Harmonie Mutuelle		
29 - Finistère			Energie Mutuelle
30 - Gard	Harmonie Mutuelle		
31 - Haute Garonne			Energie Mutuelle
32 - Gers		Mutuelle SMI	
33 - Gironde			Energie Mutuelle
34 - Hérault	Harmonie Mutuelle		
35 - Ille et Vilaine	Harmonie Mutuelle		
36 - Indre	Harmonie Mutuelle		
37 - Indre et Loire	Harmonie Mutuelle		
38 - Isère	Harmonie Mutuelle		
39 - Jura	Harmonie Mutuelle		
40 - Landes	Harmonie Mutuelle		
41 - Loir et Cher		Mutuelle SMI	
42 - Loire	Harmonie Mutuelle		
43 - Haute Loire	Harmonie Mutuelle		
44 - Loire Atlantique			Energie Mutuelle
45 - Loiret	Harmonie Mutuelle		
46 - Lot	Harmonie Mutuelle		
47 - Lot et Garonne	Harmonie Mutuelle		
48 - Lozère	Harmonie Mutuelle		
49 - Maine et Loire	Harmonie Mutuelle		
50 - Manche	Harmonie Mutuelle		
51 - Marne	Harmonie Mutuelle		
52 - Haute Marne	Harmonie Mutuelle		
53 - Mayenne	Harmonie Mutuelle		
54 - Meurthe et Moselle			Energie Mutuelle
55 - Meuse	Harmonie Mutuelle		

Départements	Harmonie Mutuelle	Mutuelle SMI	Energie Mutuelle
56 - Morbihan		Mutuelle SMI	
57 - Moselle			Energie Mutuelle
58 - Nièvre		Mutuelle SMI	
59 - Nord			Energie Mutuelle
60 - Oise	Harmonie Mutuelle		
61 - Orne		Mutuelle SMI	
62 - Pas de Calais		Mutuelle SMI	
63 - Puy de Dôme	Harmonie Mutuelle		
64 - Pyrénées Atlantiques	Harmonie Mutuelle		
65 - Hautes Pyrénées	Harmonie Mutuelle		
66 - Pyrénées Orientales			Energie Mutuelle
67 - Bas Rhin			Energie Mutuelle
68 - Haut Rhin	Harmonie Mutuelle		
69 - Rhône			Energie Mutuelle
70 - Haute Saône		Mutuelle SMI	
71 - Saône et Loire		Mutuelle SMI	
72 - Sarthe		Mutuelle SMI	
73 - Savoie			Energie Mutuelle
74 - Haute Savoie			Energie Mutuelle
75 - Paris			Energie Mutuelle
76 - Seine Maritime	Harmonie Mutuelle		
77 - Seine et Marne			Energie Mutuelle
78 - Yvelines		Mutuelle SMI	
79 - Deux Sèvres	Harmonie Mutuelle		
80 - Somme	Harmonie Mutuelle		
81 - Tarn	Harmonie Mutuelle		
82 - Tarn et Garonne	Harmonie Mutuelle		
83 - Var			Energie Mutuelle
84 - Vaucluse	Harmonie Mutuelle		
85 - Vendée	Harmonie Mutuelle		
86 - Vienne	Harmonie Mutuelle		
87 - Haute Vienne	Harmonie Mutuelle		
88 - Vosges	Harmonie Mutuelle		
89 - Yonne	Harmonie Mutuelle		
90 - Territoire de Belfort	Harmonie Mutuelle		
91 - Essonne	Harmonie Mutuelle		
92 - Hauts de Seine			Energie Mutuelle
93 - Seine Saint Denis	Harmonie Mutuelle		
94 - Val de Marne			Energie Mutuelle
95 - Val d Oise			Energie Mutuelle
971 - Guadeloupe	Harmonie Mutuelle		
972 - Martinique	Harmonie Mutuelle		
973 - Guyane	Harmonie Mutuelle		
974 - La Réunion	Harmonie Mutuelle		
975 - Saint-Pierre-et-Miquelon		Mutuelle SMI	
976 - Mayotte		Mutuelle SMI	
980 - Monaco		Mutuelle SMI	
987 - Polynésie Française		Mutuelle SMI	
988 - Nouvelle-Calédonie		Mutuelle SMI	
99 - Etranger		Mutuelle SMI	

Glossaire

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent ou de ses ayants droit, provenant de l'action soudaine et involontaire d'une cause extérieure imprévisible.

Adhérent

Salarié de l'entreprise affilié à titre obligatoire ou facultatif au dispositif Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) souscrit par son employeur.

Aides auditives

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Les aides auditives sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)

Tarif servant de base de calcul à la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

Concubin

Le concubin de l'adhérent est défini, par référence à l'article 515-8 du Code civil, comme étant la personne, de même sexe ou de sexe différent, vivant en couple avec l'adhérent, sous réserve que tous les deux soient célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps judiciairement et non liés par un PACS, dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune d'une durée d'un an ou plus établie de façon notoire et présentant un caractère de stabilité et de continuité. Le domicile fiscal des deux concubins doit en outre être le même.

La condition de durée de vie commune d'un an n'est pas exigée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'adhérent, non divorcé et non séparé de corps judiciairement par une décision de justice ayant force de chose jugée.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Le contrat peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Dispense d'affiliation

Faculté pour le salarié de ne pas adhérer au régime frais de santé mis en place par le Souscripteur conformément aux dispositions des articles R.242-1-6 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale et de leurs textes d'application.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM)

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maitrise de leurs dépassements d'honoraires. À compter du 1er janvier 2025, l'OTPAM-CO devient l'OPTAM-ACO afin d'harmoniser les modes de rémunération des praticiens évoluant au bloc opératoire ; les médecins anesthésistes-réanimateurs peuvent adhérer à cette option désormais. OPTAM ACO: option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie-chirurgie-obstétrique.

Forfait journalier hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse…).

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré social pour tout passage non programmé dans les services d'urgence d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une Hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale).

Franchise médicale (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale)

Somme déduite des remboursements effectués par le Régime Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant indicatif, depuis le 15 mai 2024 est de :

- 1 € par boîte de médicaments ;
- 1 € par acte paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, …) ;
- 4 € par transport sanitaire (ambulance, véhicule sanitaire léger ou un taxi conventionné).

Pour information, la franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés au 31 mars 2024.

Un plafond journalier est instauré pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4 € par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires (sachant qu'un aller-retour correspond à 2 trajets).

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'État, femmes enceintes (du 1er jour du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement.

Aucune franchise ne s'applique sur : les médicaments prescrits lors d'une hospitalisation ; les actes paramédicaux effectués lors d'une hospitalisation ; les transports d'urgence.

La Franchise médicale n'est pas remboursée au titre de la Couverture Supplémentaire Maladie - CSM.

Honoraires limites de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec la Sécurité sociale pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles en particulier contenues dans les « soins et prothèses 100% santé ».

Mécontentement

Incompréhension définitive de l'adhérent, ou désaccord, sur la réponse ou la solution apportée, avec manifestation d'un sentiment d'injustice subie, exprimée dans le cadre d'une réclamation. L'injure ou l'insulte ne sont pas considérées contractuellement comme l'expression d'un mécontentement.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.

NOEMIE

« Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs » permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses de Sécurité sociale et Energie mutuelle.

Nomenclature

Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soin

Obligation pour tout assuré de plus de 16 ans de passer par son médecin traitant avant toute consultation d'un médecin spécialiste (sauf dérogations réglementaires). Le non-respect du parcours de soin engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'assureur.

Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil.

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un Ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré social et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du Ticket modérateur habituel.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré social et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette Participation forfaitaire actes lourds (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD notamment).

Ce forfait est pris en charge par le présent contrat, conformément à son caractère responsable.

Participation forfaitaire (Article L.160-13 du code de la Sécurité sociale)

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et laissé à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et d'Imagerie médicale. Cette participation reste à la charge des bénéficiaires tels que définis au lexique et n'est pas remboursée par le dispositif CSM.

Elle est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'au 12e jour suivant la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat (AME).

Plus d'informations sur : **https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F165**

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des cotisations de Sécurité sociale. Sa valeur mensuelle sert au calcul de certaines prestations et aux montants de cotisations.

Son évolution est consultable sur **www.securite-sociale.fr**

Prix limites de vente

Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond à un prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par la Sécurité sociale est assortie d'un prix limite de vente (s'agissant des médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité n'ont pas de prix limites de vente).

Les aides auditives et lunettes retenues dans les paniers « équipements 100% santé » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter afin que les bénéficiaires puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale et de l'assureur.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale

Régime obligatoire d'Assurance Maladie dont dépendent les bénéficiaires tels que définis au lexique.

Support durable

Tout instrument permettant à l'utilisateur de services de paiement de stocker les informations qui lui sont personnellement adressées d'une manière telle que ces informations puissent être consultées ultérieurement pendant une période adaptée à leur finalité et reproduites à l'identique.

Tarif d'autorité

Tarif sur lequel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin ou un praticien non conventionné.

Ce tarif d'autorité est défini par l'article L.162-5-10 du code de la Sécurité sociale. Il est fixé par l'Assurance Maladie.

Ticket modérateur

Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. C'est la différence entre la base de remboursement de la sécurité sociale et le montant réellement remboursé par celle-ci.

Tiers-payant Viamedis

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

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

VOS AVANTAGES

Accords de prises en charge hospitalisation, optique et audioprothèse instantanés

HOSPITALISATION

Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande

OPTIQUE ET AUDIOPROTHÈSE

De même, les professionnels de santé obtiennent directement la réponse à leurs demandes de prise en charge saisies en ligne

Accès au **réseau de tiers payant le plus étendu de France**

240 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

du réseau Viamedis acceptent votre carte de tiers payant, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM)

GÉOLOCALISATION

accessible depuis votre espace adhérent

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

Réseaux de soins Kalixia

Kalixia

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

DES PRIX NÉGOCIÉS

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

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures
- Plus de 6 000 centres optiques

DES PRIX ACCESSIBLES

- 200 € d'économie en moyenne sur un double appareillage

NOUVEAUTÉ DEPUIS 2024

L'offre Kalixia Progress' exclusive dans le réseau, permet aux bénéficiaires d'accéder à des aides auditives de classe 2 rechargeables à un prix maximal de 1 200 € par appareil.

- -20% sur les accessoires de connectivité

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- 90% des appareils sont de gammes supérieures,

Téléchargeable depuis l'espace de géolocalisation

- Plus de 4 300 centres audio

DES PRIX NÉGOCIÉS

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent
- Plus de 500 ostéopathes partenaires

À retenir

- Kalixia : 1er réseau de France avec 15 millions de bénéficiaires
- Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent
- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et en audio, via notre partenaire Viamedis

Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr/mutiegA

Energie mutuelle Téléconsultation Médicale

Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ? Bénéficiez de notre service de téléconsultation médicale 7j/7 et de 8h à 20h.

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

Numéro de convention : 50 10 10

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

APPEL TRAITÉ DIRECTEMENT
par une équipe médicale basée en France

SERVICE SÉCURISÉ ET DISPONIBLE 24H/24 - 8H À 20H
en France et partout dans le monde

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

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

QUAND FAIRE APPEL À CE SERVICE ?

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

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

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

Energie mutuelle Deuxième Avis Médical

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

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

- **difficultés à s'assurer de la fiabilité de l'information** pour pouvoir faire les bons choix ;
- **difficultés à identifier un médecin** expert de sa pathologie ;
- **difficultés à obtenir un rendez-vous** avec un médecin expert dans des délais acceptables.

Du très haut niveau d'expertise médicale avec plus de
350 MÉDECINS
référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux

OBTENEZ SOUS 7 JOURS
un avis en ligne où que vous soyez

COMPTE-RENDU SIGNÉ
par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, avec votre accord

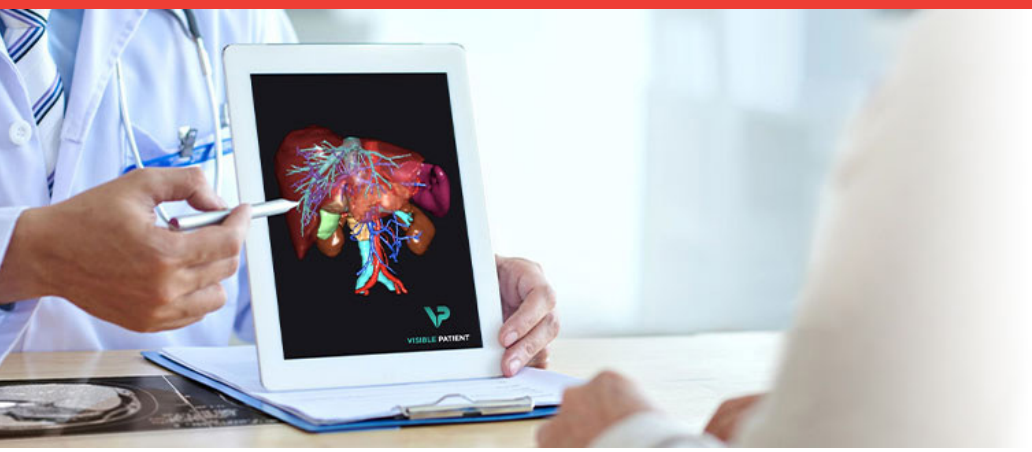
PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DES FRAIS D'HONORAIRES

SÉCURITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

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

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

Energie mutuelle Visible patient



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) demandé par l'établissement ou le praticien à Visible Patient une copie virtuelle 3D de votre anatomie.

À l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.

EXAMEN STANDARD

1. Je consulte un médecin
2. Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE

3. Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie
4. Mon médecin planifie et optimise l'opération à l'aide de mon modèle 3D

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

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

Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique

- Simplifie la planification
- Améliore les gestes opératoires
- Diminue les risques d'erreurs chirurgicales
- Facilite la compréhension de votre pathologie

3 000 PATIENTS
en ont déjà bénéficié

Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée **« Energie mutuelle Visible Patient »** pour plus d'informations

Contacts

Site Internet dédié

Sur le site energiemutuelle.fr/mutiegA vous pouvez:

- **Accéder à l'Espace CSM salariés et à votre espace personnel**
- **Retrouver les documents d'information suivants :**
  - la présente notice d'information ;
  - les Bulletins Individuels d'Affiliation ;
  - les formulaires de modification de situation ;
  - les guides pratiques,
  - le dispositif CSM Evin (anciens salariés, retraités...).
- **Nous contacter ou prendre RDV depuis votre espace personnel**
  - adh.energiemutuelle.fr rubrique « Nous contacter »

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

Energie mutuelle
66 avenue du Maine – 75014 Paris

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 46 46 Service gratuit + prix appel

APPEL NON SURTAXÉ

Pour toute question relative au Fonds Social dédié à la CSM

Energie mutuelle
Service Solidarité et Prévention : 66 avenue du Maine - 75014 PARIS
Ou par mail à l'adresse suivante : aide-sociale-a@energiemutuelle.com

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.

Harmonie mutuelle GROUPE VYV

Energie mutuelle Groupe malakoff humanis

smi MUTUELLE Santé | Prévoyance

Copyright Energie mutuelle 2025. Ce document est la propriété d'Energie mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation.

10_MAA_CSM_IEG_NOT-20241209