

Convention Collective Nationale des Industries Electriques et Gazières

# Frais de santé

Couverture Supplémentaire Maladie

## **CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION**

**Couverture Supplémentaire Maladie des anciens salariés  
statutaires de la branche des Industries Électriques et Gazières**

Assurée par Energie mutuelle

# Sommaire

---

Préambule.....	3
Titre 1. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat .....	5
1.1. Objet.....	5
1.2. Date d'effet, durée et reconduction du contrat .....	5
Titre 2. Bénéficiaires.....	6
2.1. Membres Participants.....	6
2.2. Ayants droit .....	6
Titre 3. Adhésion - Changement de situation .....	7
3.1. Adhésion .....	7
3.2. Obligation de signalement de tout changement de situation.....	9
Titre 4. Suspension et terme des garanties.....	10
4.1. Suspension des garanties .....	10
4.2. Résiliation .....	10
4.3. Cessation des garanties.....	11
Titre 5. Obligations des parties.....	12
5.1. Obligations des Membres Participants.....	12
5.2. Obligation d'Energie Mutuelle .....	12
Titre 6. Cotisations.....	13
6.1. Assiette de cotisation .....	13
6.2. Paiement des cotisations .....	13
6.3. Défaut de paiement des cotisations .....	14
Titre 7. Prestations santé.....	14
7.1. Risques couverts.....	14
7.2. Définition des prestations .....	15
7.3. Ouverture du droit aux prestations.....	15
7.4. Conditions Générales.....	15
7.5. 100 % santé .....	18
7.6. Versement des prestations.....	21
7.7. Prescription et Indus.....	23
7.8. Soins à l'étranger .....	24
Titre 8. Dispositions diverses.....	24
8.1. Subrogation .....	24
8.2. Nullité de la garantie.....	24
8.3. Déchéance en cas de fraude.....	25
8.4. Réclamations.....	25
8.5. Protection des données à caractère personnel.....	26
8.6. Contrôle.....	28
8.7. Législation .....	28
8.8. Dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme .....	28
8.9. Bloctel.....	29
8.10. Tribunaux compétents.....	29
Titre 9. Modifications des présentes conditions générales – Informations.....	29
9.1. Modification des présentes conditions générales – Informations.....	29

# Préambule

---

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré par accord du 4 juin 2010 une Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire au profit des salariés statutaires en activité des entreprises et des organismes de la branche des IEG.

Cet accord sélectionne les Mutuelles coassureurs : Energie Mutuelle, Harmonie Mutuelle et SMI.

## **L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin) dispose :**

*« Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :*

*1° Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;*

*2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.*

*Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.*

*Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret. »*

Ainsi, peuvent demander à adhérer au contrat, exclusivement les anciens salariés statutaires et ayants droit de salariés statutaires décédés tels que définis à l'article 4 de la « loi Evin » précité.

Peuvent également bénéficier du contrat, les éventuels ayants droit du membre participant, sous réserve que le membre participant en fasse la demande auprès d'Energie Mutuelle.

Ce contrat est assuré par Energie Mutuelle tant pour le Membre Participant que pour ses ayants droit. Il comporte toutes les garanties qui étaient assurées par le contrat d'assurance collective frais de santé des salariés actifs.

Dans le cadre des présentes Conditions Générales, la nature des prestations fournies aux bénéficiaires d'Energie Mutuelle comporte les rubriques ci-dessous au titre des branches 1 (accident) et 2 (maladie) :

### **Soins courants**

- Visites et consultations de médecins généralistes
- Visites et consultations de médecins spécialistes
- Actes techniques médicaux
- Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Analyse, prélèvements et examens de laboratoire
- Analyses hors nomenclature
- Pansements
- Consultation ostéopathe, chiropracteur, étiope, médecins acupuncteurs

## **Optique**

- Équipement autre que 100 % Santé
- Monture et verres
- Lentilles
- Chirurgie corrective

## **Dentaire**

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

## **Matériel Médical - Appareillage**

- Orthopédie et prothèses médicales
- Véhicule pour handicapé

## **Aide Auditive remboursable par la Sécurité sociale**

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

## **Hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)**

- Frais de séjour et de salle d'opération
- Honoraires
- Forfait journalier
- Chambre particulière
- Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)

## **Autres prestations**

- Cure thermale acceptées par la Sécurité sociale
- Vaccins
- Contraception non remboursée par la Sécurité sociale (Pilule contraceptive dite de 3e ou 4e génération)
- Ostéodensitométrie
- Détartrage des dents
- Scellement des sillons sur les molaires
- Pack Prévention :
  - Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse,
  - Bilan du langage oral ou écrit
  - Dépistage des troubles de l'audition
  - Bracelet GSM
  - Test HémoCult, tensiomètre

L'ensemble, constitué par les garanties accordées dans le cadre des présentes conditions générales est « responsable ». Il respecte les conditions définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les critères de la couverture minimale prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 de ce même Code.

Par ailleurs, l'arrêté du 30 septembre 2019, publié au Journal Officiel n°0229 précise les règles applicables au régime spécial dit « Régime complémentaire CAMIEG » en ce qui concerne l'accès sans reste à charge à certains soins et équipements optique, auditifs et dentaires.

Les présentes conditions générales associées aux conditions particulières organisent la mise en œuvre de ce contrat dénommé contrat d'assurance CSM EVIN.

## Titre 1. Objet, date d'effet, durée et reconduction du contrat

### 1.1. Objet

Les présentes Conditions Générales ont pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts d'Energie Mutuelle, de définir le contenu et la durée des engagements concernant les cotisations et les prestations entre d'une part les anciens salariés statutaires et les ayants droit de salariés statutaires décédés relevant de l'article 4 de la « loi Evin » qui ont librement choisi d'adhérer au présent contrat individuel à adhésion facultative, et le cas échéant leurs ayants droit dans le cadre du contrat d'assurance collective frais de santé des salariés actifs, et d'autre part Energie Mutuelle.

Les garanties assurées par Energie Mutuelle dans le cadre des présentes Conditions Générales sont régies par le Code de la Mutualité. Energie Mutuelle utilisera la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

### 1.2. Date d'effet, durée et reconduction du contrat

Le contrat prend effet à la date fixée sur le bulletin d'adhésion annexé aux Conditions Particulières et au plus tôt le lendemain :

- De la rupture du contrat de travail,
- Ou du terme de la portabilité,
- Ou du décès du salarié.

La réception de la demande d'adhésion dûment complétée et signée à Energie Mutuelle ne peut excéder un délai de 6 mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien de garantie au titre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité) ou du décès du salarié.

**Il peut être souscrit tout au long de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre suivant la date de souscription.**

**Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants.**

**Pour toute adhésion en cours de mois, le membre participant n'est redevable de la partie de cotisation correspondante à la période pendant laquelle le risque est couvert soit à compter de la date d'effet de l'adhésion. La cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.**

**L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale. Les garanties cessent lorsque l'adhésion aux présentes conditions générales prend fin dans les conditions fixées à l'article 4.3 « Cessation des garanties » des présentes conditions générales.**

## Titre 2. Bénéficiaires

### 2.1. Membres Participants

Les Membres Participants d'Energie Mutuelle sont les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes et bénéficient des prestations d'Energie Mutuelle au titre des présentes conditions générales auxquelles ils ont adhéré.

Peuvent devenir Membres Participants au titre des présentes conditions générales, les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) relevant des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Peuvent devenir Membres Participants au titre des présentes conditions générales, les personnes régulièrement inscrites à Energie Mutuelle et assurant un paiement régulier de leur cotisation sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical :

- En cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés statutaires qui étaient assurés dans le cadre de l'accord collectif décrit au Préambule, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emplois, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- Lorsque le contrat collectif frais de santé des salariés actifs assure les ayants droit d'un Membre Participant, les ayants droit garantis du chef d'un Membre Participant qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès du Membre Participant, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à Energie Mutuelle dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

**Le dépassement des délais ci-dessus mentionnés entraîne la forclusion définitive de la demande. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.**

### 2.2. Ayants droit

On entend par ayant droit du Membre Participant, les personnes mineures ou majeures, bénéficiaires du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, qui étaient garanties ou non, du chef du Membre Participant au moment où il a demandé à adhérer aux présentes Conditions Générales et qui répondent aux conditions ci-dessous.

Ces ayants droit sont les suivants :

- 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 (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), 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 :
    - o âgé de 26 ans au plus ;
    - o 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.

Postérieurement à la souscription, peuvent bénéficier du contrat les ayants droit qui viennent ultérieurement à répondre aux conditions requises (par la suite d'un changement de la situation de famille) sous réserve que le membre participant en fasse la demande selon les dispositions prévues à l'article 3.1.4 « Modalités d'adhésion des ayants droit ».

Les ayants droit non affiliés au Régime Complémentaire CAMIEG ne peuvent pas bénéficier des garanties des présentes conditions générales.

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

## Titre 3. Adhésion - Changement de situation

### 3.1. Adhésion

#### 3.1.1 Modalités d'adhésion et prise d'effet

Pour les adhésions relevant du régime Loi EVIN, une proposition de maintien des garanties est adressée par Energie Mutuelle aux anciens salariés visés à l'article 4 de la loi « Evin » et le cas échéant, aux personnes garanties du chef du Membre Participant décédé, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

L'adhésion du Membre Participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale. Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées et à déclarer les ayants droit qu'il souhaite garantir.

Pour que la demande d'adhésion soit prise en compte, le membre participant doit également communiquer les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur mentionnées à l'article 3.1.3 « Modalités d'adhésion du membre participant ».

La signature du bulletin d'adhésion sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale par le Membre Participant emporte acceptation des Statuts d'Energie Mutuelle, du Règlement Intérieur, des présentes conditions générales, des grilles de prestations et des documents contractuels. Ces derniers seront disponibles sur l'espace adhérent.

Energie Mutuelle met à disposition sur l'extranet, par voie électronique ou par voie postale préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, des conditions générales ou d'une fiche d'information sur les conditions générales décrivant les droits et obligations réciproques définie à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité. Dans le cadre de la Directive sur la distribution d'assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux Membres participants.

En cas de modification des présentes conditions générales, des Statuts ou du Règlement Intérieur et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties, les Membres Participants sont informés des modifications survenues, conformément à l'article L221-5 du Code de la Mutualité, sur l'extranet, par un envoi électronique sauf demande expresse par un envoi papier.

Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

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

### 3.1.2 Date d'effet

Le Membre Participant doit remplir un bulletin d'adhésion dont les informations recueillies servent de base à l'établissement des Conditions particulières.

La date d'effet est le 1er jour du mois en cours à réception du bulletin d'adhésion.

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

### 3.1.3 Modalités d'adhésion du Membre Participant

L'adhésion est formalisée par le dossier complet d'adhésion daté, et signé comprenant obligatoirement :

- Le bulletin d'adhésion,
- La carte nationale d'identité en cours de validité,
- L'attestation de droit CAMIEG,
- Le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire à prélever complété, daté et signé, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ;
- L'attestation de paiement de la dernière pension d'invalidité ou de rente, si concerné(e),
- Toutes autres pièce justificatives mentionnées sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être demandés éventuellement par Energie Mutuelle au cours du contrat pour finaliser l'adhésion

- La photocopie de l'attestation papier de droits CAMIEG de chacun des membres de la famille ;
- Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou du décès du salarié.

### 3.1.4 Modalités d'adhésion des ayants droit

L'adhésion de l'ayant droit est garantie aux personnes inscrites ou non en qualité d'ayant droit au moment de la sortie du salarié des contrats collectifs ou aux personnes répondant aux dispositions de l'article 2.2 des conditions générales.

Les ayants droit déclarés par le Membre Participant en même temps que sa propre adhésion, bénéficient des garanties à la même date d'effet.

En cas d'événement conférant la qualité d'ayant droit au sens du contrat, (mariage, PACS,...), l'ajout d'un ayant droit doit être formulé, par le Membre Participant, par écrit à Energie Mutuelle au plus tard avant la fin du deuxième mois qui suit la date de survenance de l'évènement. La date d'effet prise en compte sera la date de survenance de l'évènement (naissance ou adoption).

Dans tout autre cas, notamment la déclaration ultérieure à la propre adhésion du Membre participant, l'ajout d'un ayant droit ne pourra donner lieu à garantie qu'à effet du 1er jour du mois suivant la date de réception par Energie Mutuelle de la demande d'adhésion.

### 3.1.5 Faculté de renonciation

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

Le Membre Participant peut renoncer suivant le modèle de lettre ci-dessous :

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

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

Toute demande de prestations, pour le Membre Participant, pendant le délai de renonciation équivaut à une demande d'exécution du contrat et ne permet plus au Membre Participant de se prévaloir du droit à renonciation.

## 3.2. Obligation de signalement de tout changement de situation

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

-Changements de situation personnelle ou familiale, notamment :

- Nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- Droit à la CSS (complémentaire santé solidaire) ;
- Mariage, PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
- Naissance ou adoption ;
- Travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
- Attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
- Décès ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1er régime complémentaire ;

Changement de situation professionnelle, notamment le cas de la retraite professionnelle ou de la cessation définitive d'activité professionnelle.

Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet à compter du premier jour du mois de la demande, le cachet de la Poste ou l'horodatage faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant. Par exception, en cas de naissance ou d'adoption, le changement de situation prendra effet rétroactivement à la date de survenance de l'évènement. Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, accompagnée des pièces justificatives nécessaires, Energie Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences.

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

En cas de changement de situation, le Membre Participant pourra s'il le souhaite recevoir un avenant aux Conditions particulières tenant compte de sa nouvelle situation.

## Titre 4. Suspension et terme des garanties

### 4.1. Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties, dans les conditions prévues à l'article 6.3 « Défaut de paiement des conditions » des présentes conditions générales.

### 4.2. Résiliation

#### 4.2.1 Résiliation par le Membre Participant

##### **A l'échéance annuelle**

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, et à celle de ses éventuels ayants droit, au contrat deux mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

Le membre participant doit adresser sa demande :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant d'Energie Mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit, lorsqu'Energie Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, A cet effet, la demande de résiliation du contrat peut être formulée directement à l'adresse électronique suivante : [resiliation@energiemutuelle.fr](mailto:resiliation@energiemutuelle.fr)
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification au membre participant.

Le contrat prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celle de l'article 6.3 « Défaut de paiement des cotisations ».

##### **A tout moment**

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an dénoncer son adhésion et celle de ses éventuels ayants droit, sans frais ni pénalités selon les mêmes moyens que ceux énoncés au paragraphe ci-dessus « A l'échéance annuelle ». La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par Energie Mutuelle de la notification du membre participant.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion au contrat est dénoncée dans les conditions prévues au contrat, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

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

#### 4.2.2 Résiliation liés aux conditions d'adhésion

En application des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, chaque Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à Energie Mutuelle en cas de survenance d'un des évènements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;
- Changement de profession ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La résiliation prendra effet rétroactivement à la date de l'évènement, sous réserve qu'aucune prestation n'ait

été versée. Dans ce cas, le membre participant sera remboursé de la fraction de cotisation déjà réglée pour la période à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### 4.2.3 Perte de la qualité d'ayant droit

Lorsqu'une personne cesse d'adhérer aux présentes conditions générales à la suite d'une résiliation ou d'une radiation intervenant dans l'un des cas visés aux paragraphes 4.2.1 et 4.2.2 ci-avant et 6.3 « Défaut de paiement des cotisations » ci-après, elle ne peut plus demander par la suite d'y adhérer à nouveau. La résiliation vaut tant pour le Membre Participant que pour ses ayants droit.

Lorsque l'ayant droit du fait d'un changement spécifique au sein de la branche des Industries Electriques et Gazières, récupère les droits CAMIEG, il peut demander une adhésion suivant les dispositions de l'article 3.1.4 des présentes Conditions Générales.

Le Membre Participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit dans la limite des conditions de résiliations prévues à l'article 4.2.

Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait d'un changement lié à sa vie professionnelle, son âge, son lien familial avec le Membre Participant ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Électriques et Gazières, la date d'effet de la modification est celle du changement.

Si le Membre Participant informe Energie Mutuelle dans les trois mois suivant l'évènement, Energie Mutuelle peut proposer à l'ayant droit concerné de devenir Membre Participant. L'acceptation est matérialisée par une notification écrite par courrier ou par voie électronique du Bénéficiaire concerné, adressée à Energie Mutuelle éventuellement accompagnée du 1er mois de cotisations correspondant.

Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait du décès du Membre Participant, Energie Mutuelle lui propose de devenir Membre Participant, l'acceptation étant matérialisée comme à l'article 2.2 ci-avant. Si l'ayant droit ne souhaite pas devenir Membre Participant d'Energie Mutuelle, le bénéfice des garanties des présentes Conditions Générales cessera au jour du décès du Membre Participant. Toute sortie du dispositif Evin est définitive pour le Membre Participant.

### 4.3. Cessation des garanties

Les garanties du contrat cessent :

- En cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue à l'article 6.3 « Défaut de paiement des cotisations » des présentes conditions générales ;
- À la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du Membre Participant sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;

- À la date de la résiliation de l'affiliation par le Membre Participant et de l'ayant droit effectuée dans les conditions prévues à l'article 4.2, des présentes Conditions générales. La résiliation de l'adhésion est considérée comme définitive ;
- En tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat frais de santé à adhésion obligatoire des salariés actifs.

La cessation des garanties mises en œuvre au profit des ayants droit est effective à la même date de celle du Membre Participant.

## Titre 5. Obligations des parties

### 5.1. Obligations des Membres Participants

L'adhésion du Membre Participant produit ses effets lorsque ce dernier remplit et signe un bulletin d'adhésion et le renvoie à Energie Mutuelle accompagné des pièces justificatives.

Sont indiqués sur ce document, les ayants droit déclarés par le Membre Participant. Dans le cas de changement de situation familiale en cours d'année, l'adjonction d'un nouvel ayant droit doit être formulée par le Membre Participant par écrit à Energie Mutuelle dans les deux mois qui suivent la date de survenance de l'événement. La demande doit être accompagnée d'informations administratives correspondantes afin qu'elles soient prises en compte dans le contrat

En outre, le Membre Participant est tenu pour bénéficier des prestations de fournir à Energie Mutuelle toute déclaration et justificatifs nécessaires, notamment :

- Le bulletin d'adhésion complété et signé et les pièces justificatives demandées sur le bulletin d'adhésion ; Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé pour le règlement des cotisations si le membre participant a opté pour le prélèvement automatique, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations ; Peuvent être demandés éventuellement par Energie Mutuelle au cours du contrat pour finaliser l'affiliation ;
- Et une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou du décès du salarié ;
- Son attestation d'immatriculation à la CAMIEG ainsi que celle de ses ayants droit.

### 5.2. Obligation d'Energie Mutuelle

Energie Mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture aux anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité telle que prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale (à condition qu'Energie Mutuelle ait été informée par l'entreprise de la cessation du contrat de travail, dans les meilleurs délais).

Pour les ayants droit d'un Membre Participant décédé, l'employeur informe Energie Mutuelle de la date de l'événement. Cette dernière adresse une proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès (à condition qu'Energie Mutuelle ait été informé dans les meilleurs délais du décès).

## Titre 6. Cotisations

### 6.1. Assiette de cotisation

#### 6.1.1 Pour le Membre Participant

La cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération de référence dans la limite du plafond de la Sécurité sociale en vigueur au jour de leur exigibilité, cette dernière pouvant évoluer. Les ayants droit de salariés décédés cotisent selon la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Il convient d'entendre la rémunération de référence comme la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise, constituant l'assiette des cotisations et des prestations du Régime Spécial de vieillesse des IEG perçue au cours des 12 derniers mois précédant la date de rupture du contrat de travail. Dans le cas particulier des invalides de catégories 2 et 3, la rémunération de référence est entendue de la dernière pension d'invalidité perçue, complément d'invalidité compris, avant la rupture du contrat de travail.

Lorsque la rupture du contrat de travail fait suite à une suspension de contrat de travail non rémunérée, la rémunération de référence est entendue comme la rémunération principale brute telle que définie au 2e paragraphe, perçue au cours des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail. La cotisation afférente à l'adhésion et au bénéfice du maintien des garanties de la CSM est payée directement par le membre participant à Energie Mutuelle ou au mandataire désigné.

#### 6.1.2 Pour le(s) Ayant(s) droit du Membre Participant

La cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de leur exigibilité.

### 6.2. Paiement des cotisations

6.2.1 Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration d'Energie Mutuelle. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux Membres Participants et aux éventuels ayants droit.

Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- Dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- En cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables ;
- En fonction du taux des tarifs des actifs de la Couverture Supplémentaire Maladie.

#### 6.2.2 Pour les Membres Participants

Pour les adhésions effectives des Membres Participants à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'au 31 juin 2017, en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les tarifs applicables ne seront être supérieurs de plus de 50 pour 100 (50%) aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé visés au Préambule lors de leur adhésion initiale.

Pour les adhésions effectuées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017, en application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs la première année aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé visés au Préambule puis, pour la deuxième année, ils ne peuvent être supérieurs de plus de 25 pour 100 (25%) des tarifs globaux applicables aux salariés actifs et pour la troisième année de plus de 50 pour 100 (50%) aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. Au-delà de ces trois années, les tarifs applicables peuvent être supérieurs. A tout moment, Energie Mutuelle pourra proposer une garantie du Règlement Mutualiste

du Livre II d'Energie Mutuelle, à la suite de la demande expresse du Membre Participant par écrit par courriel ou courrier papier au siège d'Energie Mutuelle. L'adhésion sera considérée comme une nouvelle adhésion, pour faire suite au changement de Règlement Mutualiste.

### 6.2.3 Pour les ayants droit

Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration d'Energie Mutuelle. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux éventuels ayants droit.

Les cotisations des Membres Participants sont dues mensuellement et d'avance. Le membre participant est le seul responsable du paiement des cotisations.

En cas de décès d'un bénéficiaire, les cotisations perçues sont remboursées proratisées. Lorsqu'une modification de la cotisation due par le membre participant est consécutive à un changement de la catégorie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit telle que prévue à l'article 4.2.3 des présentes conditions générales, Energie Mutuelle procède à la régularisation des cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande du membre participant, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à un an.

Toute action relative aux cotisations se prescrit par deux ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations (voir article 7.6 « Prescription et indus » ci-après).

## 6.3. Défaut de paiement des cotisations

En application de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, le Membre Participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra ses garanties suspendues dans tous leurs effets, trente jours après une mise en demeure effectuée par Energie Mutuelle. Si la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations.

Energie Mutuelle se réserve le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant. Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé de la possibilité de résiliation des garanties en cas de non-paiement des cotisations. Dès lors que le Membre Participant paye la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite de recouvrement, la garantie non résiliée et le droit aux prestations reprennent pour l'avenir le lendemain du paiement à midi. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

Après radiation, le Membre Participant peut adhérer à nouveau, dans le cadre d'une autre garantie d'Energie Mutuelle, deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par Energie Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

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

## Titre 7. Prestations santé

### 7.1. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet en cas de maladie, d'accident ou de maternité, d'assurer aux Membres Participants, et le cas échéant à leurs éventuels ayants droit au sens des présentes conditions générales, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite de la dépense effective, pendant la période de validité de leur adhésion au Règlement Mutualiste et en supplément des prestations en nature versées par le Régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG (part de base et/ou part complémentaire).

## 7.2. Définition des prestations

Le préambule des Conditions générales mentionne toutes les rubriques obligatoires présentant la nature des prestations fournies dans la grille de prestations figurant en annexe 1 jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion.

## 7.3. Ouverture du droit aux prestations

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

Selon le poste de soins, Energie Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Général, soit au tarif de Convention, soit au tarif d'Autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

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

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

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Sont pris en charge les soins dont la date de référence est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation.

Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date de référence définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

## 7.4. Conditions Générales

7.1 En application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, sont exclus des remboursements accordés par Energie Mutuelle :

La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;  
La majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 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 l'Assurance Maladie ;  
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 induite par la réglementation décidée par les Pouvoirs publics.

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

7.3 Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Les prestations d'Energie Mutuelle viennent en complément de celles versées par d'autres organismes, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge du membre participant après remboursement de la Sécurité sociale et du 1er organisme. Les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes complémentaires.

7.4 En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire ou spécifique des IEG, les montants de remboursements assurés par Energie Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des prestations, avant la modification, sauf décision contraire du Conseil d'Administration d'Energie Mutuelle. En tout état de cause, sont toujours applicables les dispositions telles que prévues à l'article 7-13 ci-après.

7.5 En cas d'exonération du ticket modérateur pour un bénéficiaire, les montants de remboursements assurés par Energie Mutuelle sont diminués à due proportion. Ne font pas l'objet de prestations complémentaires au titre du ticket modérateur, les remboursements assumés à 100% du tarif de responsabilité par l'Assurance Maladie.

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

7.7 Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

7.8 En dentaire, le devis fourni par le membre participant peut être examiné par le chirurgien-dentiste consultant d'Energie Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge du membre participant.

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

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

7.11 Energie Mutuelle verse un forfait annuel pour les accessoires, les fournitures et l'entretien des prothèses auditives prise en charge ou non par la Sécurité sociale.

7.12 Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans est effectué dans les conditions suivantes :

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

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

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

7.14 Sont appliqués en outre les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale), notamment en ce qui concerne :

La prise en charge du ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie obligatoire sauf pour :

- Les frais de cures thermales
- Les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou 30 %,
- Les spécialités et les préparations homéopathiques.

La prise en charge illimitée du forfait journalier dans les établissements hospitaliers. Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centre de soins de longue durée...) ;

Le respect du plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des actes des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et les gynécologues/obstétriques), est limité de la façon suivante :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- de plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au dispositif de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et les gynécologues/obstétriques), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge ;
- ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) ;
- en revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens et les gynécologues/obstétriques) ne font pas l'objet d'un plafonnement.

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

7.15 La simulation du remboursement des actes médicaux ou dépassements d'honoraires, en ville, soins externes ou lors d'une hospitalisation, est subordonnée à la réception d'un devis établi par le praticien.

Toutes ces données sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle. Ce devis doit mentionner expressément la codification des actes, leur nature, les bases de remboursement associés et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

7.16 La qualité « responsable » ou « non responsable » de la garantie choisie à l'adhésion ou en cours de vie du contrat est rappelée aux Conditions Particulières

## 7.5. 100 % santé

Afin de continuer à être qualifié de solidaire et responsable, le contrat souscrit par le Membre Participant intègre les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives.

L'arrêté du 30 septembre 2019 garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières adapte les prestations servies au titre du régime complémentaire maladie des assurés des industries électriques et gazières obligatoire au dispositif «100 % santé ».

Si le contrat comporte des garanties optiques, dentaires ou auditives, les définitions suivantes s'appliquent :

### 7.5.1. Optique

#### a) Généralités et spécificités du Régime Spécial des IEG

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

b) Définition des verres simples, complexes ou très complexes

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

### c) Les délais de renouvellement

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

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Périodicité de renouvellement de droit commun du Régime Général de la Sécurité sociale et du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ans suivant la dernière facturation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 an suivant la dernière facturation</li> <li>• 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage</li> </ul>
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Périodicité de renouvellement dérogatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cas d'application de la périodicité dérogatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• 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 ;</li> <li>• Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;</li> <li>• Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;</li> <li>• Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) &gt; 4,00 dioptries.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constatation de l'évolution de la vue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne,</li> <li>• Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.</li> </ul>	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 de verre
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une

## 7.5.2 Dentaire

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.

## 7.5.3 Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont définies ci-dessous :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : il est remboursé sans pouvoir dépasser les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% Santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : il est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond :
  - n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.
  - inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par la *Sécurité sociale*.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant sa date de facturation, et qui a fait l'objet d'une prise en charge par la *Sécurité sociale* ou par l'*organisme assureur*. Le délai court indépendamment pour l'équipement de chaque oreille.

## 7.6. Versement des prestations

### 7.6.1 En cas de télétransmission

Le Membre Participant et ses éventuels ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, lorsque ceux-ci sont transmis via le portail Viamedis à Energie Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

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

Toutefois, lorsque le membre participant et/ou ses éventuels ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, ces derniers doivent, pour obtenir leur remboursement, envoyer à Energie Mutuelle les décomptes de prestations émis par le régime spécial des IEG géré par la CAMIEG et les factures détaillées et acquittées.

### 7.6.2 A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG à Energie Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ;
- Des documents nécessaires pour avoir connaissance des dépenses engagées (note d'honoraires, factures détaillées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme assureur d'un régime frais de santé complémentaire « responsable » de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restants à la charge du membre participant ou à celle de ses ayants droit.

Pour les garanties ayant le caractère de contrat responsable, à défaut d'information sur les décomptes

du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, il appartiendra au membre participant de fournir à Energie Mutuelle la justification de l'adhésion du médecin à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques). En l'absence d'information, les prestations seront versées sur la base de celles prévues pour les médecins non signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-ACO pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques).

### 7.6.3 Tiers payant

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

Depuis le 1er janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux Bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux Bénéficiaires de l'assurance maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité. Lorsque les garanties relèvent de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, Energie Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties du règlement, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

7.6.4 Il peut être demandé par Energie Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

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

7.6.5 Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes) 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 étioopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.

7.6.6 Les prestations sont versées directement au Membre Participant ou à la personne qu'il a désignée, par virement sur un compte bancaire.

Lorsqu'un ayant droit âgé de plus de 16 ans a demandé à recevoir personnellement les prestations, celles-ci lui sont versées directement.

Energie Mutuelle met à la disposition du Membre Participant, ou de la personne qu'il a lui-même désignée, un relevé des remboursements.

7.6.7 Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé mensuel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque l'adhérent a choisi l'envoi par Internet ou par consultation sur l'espace Adhérent.

## 7.7. Prescription et Indus

### 7.7.1 Prescription - Interruption de la prescription

**Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant de l'application du présent Règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.**

**Par exception, le délai pour des prestations indues est de cinq ans à compter du jour où Energie Mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte du membre participant sur le risque couru, que du jour où Energie Mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

**Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de deux ans à compter de la date du décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG.**

**Lorsque le bénéficiaire intente une action en justice à l'encontre de l'assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du bénéficiaire ou a été indemnisé par le bénéficiaire.**

**La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription conformément aux articles 2240 et suivants du Code civil, 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.
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception lorsque Energie Mutuelle s'adresse au membre participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique lorsque l'assuré ou ses ayants droit s'adresse(nt) à Energie Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### 7.7.2 Indus

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

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

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par Energie Mutuelle au Bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Ce dernier dispose d'une possibilité de contestation

Le débiteur de plusieurs dettes (Bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, Energie Mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. A égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement.

En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

## 7.8. Soins à l'étranger

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

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

Energie Mutuelle rembourse sur la base des taux et bases de remboursement appliqués en France dans la limite des frais engagés.

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

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

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

## Titre 8. Dispositions diverses

### 8.1. Subrogation

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

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

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

### 8.2. Nullité de la garantie

#### 8.2.1 Fausse déclaration intentionnelle

**En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au Membre Participant et à ses ayants droit est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Energie Mutuelle.**

**Energie Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.**

**Le contrat est annulé de plein droit. Les cotisations acquittées demeurent acquises à Energie Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

## 8.2.2 Fausse déclaration non intentionnelle

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque Energie Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée papier ou électronique. Energie Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

## 8.3. Déchéance en cas de fraude

**Le membre participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :**

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

**Il s'expose également à des poursuites pénales de la part d'Energie Mutuelle.**

## 8.4. Réclamations

En cas de difficultés dans l'application du contrat, 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](mailto: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 d'Energie 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.

## 8.5. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation 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 membre participant et les *ayants droit* sont informés par « **Energie Mutuelle** », en qualité de responsable de traitement, les données personnelles de la *personne assurée* et ses *ayants droit* identifiées et décrites ci-dessous :

Détails des données	Finalités des données <b>Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Energie Mutuelle s'engage 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 :</b>	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
<p>Données d'identification</p> <p>Données relatives à la <b>situation familiale, à la vie personnelle, la santé du membre participant</b></p> <p>Données <b>économique, patrimoniale et financière, professionnelle</b></p> <p>Données relatives à <b>l'appréciation du risque</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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'Energie Mutuelle ou d'autres sociétés du groupe</li> <li>▪ L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses <i>ayants droit</i> expriment</li> <li>▪ La gestion des avis du membre participant et de ses <i>ayants droit</i> sur les produits, services ou contenus qu'Energie Mutuelle ou ses partenaires proposent</li> <li>▪ L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux</li> <li>▪ 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 du membre participant</li> <li>▪ L'exécution des dispositions légales, réglementaires 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 du membre participant 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)</li> <li>▪ A ce titre, Energie Mutuelle peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine</li> <li>▪ 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 Energie Mutuelle ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités.</li> <li>▪ la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant et de ses <i>ayants droit</i></li> </ul>	<p>Les services d'Energie Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données</p> <p>Les sous-traitants éventuels</p> <p>Les délégataires de gestion</p> <p>Les intermédiaires d'assurance</p> <p>Les réassureurs et coassureurs</p> <p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p><b>Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :</b></p> <p>des finalités pour lesquelles les données sont collectées</p> <p>de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat</p> <p>des obligations légales d'Energie Mutuelle</p> <p>des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation</p>
<p>Données relatives à la <b>santé de l'assuré</b> : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses <i>ayants droit</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul>	<p>Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical d'Energie Mutuelle</p> <p>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</p>	

Energie Mutuelle s'engage 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 du membre participant 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 du membre participant et celles de ses ayants droit sont traitées dans des conditions :

- garantissant 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 du membre participant et de ses ayants droit,
- permettant de notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et permettant d'informer le membre participant dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

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.

Le membre participant 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 mail à [correspondant.dpo@energiemutuelle.fr](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr)

ou

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

Le membre participant et ses ayants droit peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection d'Energie Mutuelle.

## 8.6. Contrôle

### 8.6.1 ACPR

L'autorité chargée du contrôle d'Energie Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

### 8.6.2 Contrôle d'Energie 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 au titre des présentes conditions générales.

## 8.7. Législation

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

## 8.8. Dispositif de lutte contre le blanchiment des 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 Energie Mutuelle à titre de paiement leurs 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.

## 8.9. Bloctel

Le Membre Participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à Energie Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr)

## 8.10. Tribunaux compétents

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

# Titre 9. Modifications des présentes conditions générales – Informations

## 9.1. Modification des présentes conditions générales – Informations

### 9.1.1 Modification des présentes conditions générales

Les présentes Conditions Générales peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration dans les modalités mentionnées dans les Statuts.

### 9.1.2 Information des Membres Participants

Chaque Membre Participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie exclusivement numérique, les Statuts, le Règlement Intérieur et les présentes conditions générales ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive sur la distribution d'assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance (IPID) est transmis aux Membres Participants.

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

Nos conseillers en assurance sont rémunérés par Energie Mutuelle pour la distribution de la garantie CSM EVIN. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

En cas de modification des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières, des Statuts, et du Règlement Intérieur et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties, le Membre Participant est informé des modifications survenues exclusivement par un envoi électronique.

### 9.1.3 Modifications de la législation sociale

Les présentes conditions générales sont établies en fonction de la législation sociale française en vigueur lors du Conseil d'Administration le plus proche du début de l'exercice qu'il concerne. Il peut être modifié pour ne pas enfreindre les dispositions légales et/ou réglementaires intervenant postérieurement. Il en va notamment ainsi en cas de modifications intervenant sur le contenu des



**Energie mutuelle** - 66 avenue du Maine 75014 Paris - [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr) - Tél. : 0 969 32 46 46 (service gratuit + prix appel). Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex.

**Association de Moyens** Assurance de Personnes, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 840 599 930 - N° Orias 19000811