



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conditions Particulières

CSM EVIN 2016

Applicable au 1^{er} janvier 2018

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

Energie Mutuelle

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

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest
CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

SOMMAIRE

Préambule

Titre I – Date d’effet

Article 1. Date d’effet

Titre II – Bénéficiaires

Article 2. Membres Participants

Article 3. Ayants droit

Titre III – Adhésion – Changement de situation

Article 4. Adhésion

Article 5. Obligation de signalement de tout changement de situation

Titre IV – Cotisations

Article 6. Assiette de cotisation

Titre V – Formulaire

Titre VI – Annexe

Annexe 1 : Grille de prestations

Le terme Mutuelle désigne la Mutuelle Energie Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - inscrite au répertoire SIREN 419 049 499 - siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

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 agents statutaires en activité des entreprises et des organismes de la branche des IEG.

Cet accord désigne les Mutuelles Partenaires : Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI.

L'article 13-3 de chaque contrat d'assurance collective frais de santé assuré par Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI précise concernant le maintien des garanties pour les personnes demandant à bénéficier de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989.

En application de ces dispositions, toute personne relevant de l'article 4 de la loi Evin et de l'article 13-3 de chaque contrat d'assurance collective frais de santé et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle.

Le règlement mutualiste est composé :

- **Des conditions générales communes à toutes les offres CSM EVIN ;**
- **Des conditions particulières propres à la garantie CSM EVIN.**

Les conditions générales et les conditions particulières forment un ensemble indissociable.

Le règlement mutualiste définit ensemble avec les Statuts, le Règlement Intérieur et le bulletin d'adhésion, les droits et devoirs réciproques de la Mutuelle et des bénéficiaires de la garantie.

L'ensemble, constitué par les garanties accordées dans le cadre du Règlement Mutualiste d'Energie Mutuelle respecte globalement les interdictions et les obligations minimales et maximales de prise en charge définies par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (dispositif du contrat responsable).

TITRE I – DATE D'EFFET

ARTICLE 1. Date d'effet

Le présent contrat prend effet à la date fixée sur le bulletin d'affiliation fourni en annexe.

TITRE II - BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 2. Membres Participants

Cette garantie est ouverte à toute personne physique remplissant les conditions de l'article 3 des conditions Générales CSM EVIN.

ARTICLE 3. Ayants droit

Conformément à l'article 4 des Conditions Générales du présent règlement, sont ayants droit les personnes garanties du Membre Participant.

TITRE III – ADHÉSION – CHANGEMENT DE SITUATION

ARTICLE 4. Adhésion

Les modalités d'adhésion relevant du régime Loi EVIN, débute par la proposition de maintien des garanties adressée par Energie Mutuelle aux Membres Participants, 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.

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

Le bulletin d'adhésion détermine certaines Conditions Particulières notamment :

- La date d'effet du contrat ;
- La liste des adhérents, leur date de naissance et leur adresse ;
- La nature et le montant des garanties, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- Le montant de la cotisation correspondant à l'ensemble des garanties choisies.

Les modalités d'affiliation sont déterminées dans les Conditions Générales.

En cas d'affiliation d'un ayant droit, la date d'effet est garantie à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par Energie Mutuelle de la demande d'affiliation.

Cette adhésion n'est soumise à aucun délai de carence, aucune formalité médicale et peut se faire à tout moment.

Cette garantie est fermée aux nouvelles adhésions des Membres Participants.

ARTICLE 5. Obligation de signalement de tout changement de situation

Pour tout changement de situation, les modalités suivantes seront applicables :

- ⇒ Signalement obligatoire dans les deux mois suivant l'évènement, par tout moyen accompagné des pièces justificatives.

Pour les cas suivants :

- Nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- Droit à la CMU-C ;
- Mariage PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
- Naissance ou adoption ;
- Travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
- Attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
- Décès ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

TITRE IV - COTISATIONS

ARTICLE 6. Cotisation

La cotisation dépend :

- De la date d'affiliation ;
- Des éventuels ayants droit ;
- Des modifications en cours d'année.

Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux Membres Participants et aux éventuels ayants droits.

Le taux de cotisation est :

- Pour le Membre Participant seul (taux Isolé) :
 - La 1^{re} année, la 2^e et la 3^e année de 1,149% du salaire annuel de référence applicable aux actifs limité au Plafond de la Sécurité Sociale ;
- Pour le Membre Participant et ses ayants droit (taux FAMILLE) : La 1^{re} année, la 2^e et la 3^e année de 2,031% du salaire annuel de référence limité au Plafond de la Sécurité Sociale.

Les ayants droit d'ouvrant droit 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 en taux Isolé ou Famille.

TITRE V – FORMULAIRES

- Formulaire de modification familiale ;
- Formulaire de modification de coordonnées.

TITRE VI – ANNEXE

- Annexe 1 : Grille de prestations

RÉFÉRENCE ADHÉRENT 30 _____

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

vous informe du changement de mon :

ADRESSE POSTALE : Nouvelle adresse

Appt/Etage : _____ Résidence / Bâtiment : _____

N° et Voie : _____

Lieu Dit : _____

Code postal : _____ Ville : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Nouveau numéro

TÉL. DOM. : _____ TÉL. PORT. : _____

TÉL. PROF. : _____ FAX : _____

Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr

COURRIEL : Nouvelle adresse

COURRIEL : _____

Je recevrai à cette adresse mes relevés de prestations par courriel immédiatement.

Je choisis au contraire que mes relevés de prestations me soient adressés par courrier à mon domicile, mensuellement.

Je choisis de ne pas recevoir mes relevés de prestations et de les consulter sur Internet, directement sur mon Espace Adhérent.

Si vous souhaitez modifier vos coordonnées bancaires, veuillez nous adresser votre RIB accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété.

Ce document est disponible au téléchargement sur notre site www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Documentation en ligne ».

Cette demande est à transmettre :

- via notre site www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel »
- ou
- par courrier à Mutieg A Asso Service Adhésion 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

DATE : _____ SIGNATURE

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM LOI EVIN 2016

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM Loi Evin. Ces remboursements viennent s'ajouter aux prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par la CAMIEG.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

CSM LOI EVIN 2016

SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	60% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	40% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	34€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses, prélèvements	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pansements	40% de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50% (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité ≥ à 80% ou de la carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	

OPTIQUE	
Nota : Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.	
Monture : adultes (cf. nota)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC CAMIEG (115,12€)
Monture : enfants (cf. nota)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC CAMIEG (70,73€)
Verres : adultes (cf. nota)	1 500% de la BR
Verres : enfants (cf. nota)	440% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	32% du PMSS

DENTAIRE	
Soins	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	150% de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	20% du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires :	
1 ou 2 dents	2% du PMSS
3 dents	4% du PMSS
dent supplémentaire	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par an	30% des Frais Réels

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale	18% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire)	36% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	90% du PMSS

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)	
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné	100% de la BR

Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS / jour
Chambre particulière	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS / jour

Remarques

- Les remboursements de la CSM Loi Evin 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 :
 - o le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - o l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

AUTRES PRESTATIONS	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8% du PMSS
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	1,75% du PMSS
pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	1,75% du PMSS
ostéodensitométrie	2,8% du PMSS
détartrage annuel des dents	70% de la BR
scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70% de la BR
Pack Prévention annuel 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 malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin.	3,85% du PMSS

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

rbt : remboursement

OPTAM : Option Pratique Tarifaire MAîtrisée

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2018 est de 3 311€)

IMPORTANT

Le cumul des remboursements (Régime Spécial et Couverture Supplémentaire Maladie Loi Evin) ne peut excéder le montant des frais réels. Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social.

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les Pouvoirs publics.

Les garanties ne prennent pas en charge, notamment :

- la participation forfaitaire de 1€ par acte ;
 - la participation forfaitaire de 0,50€ par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical ;
 - la participation forfaitaire de 2€ par transport médical ;
 - la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les 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 ;
 - les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire.
 - les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ;
- Ex. : accès à un médecin sans consultation préalable du médecin traitant

Elles respectent les obligations issues du décret du 18 novembre 2014 à savoir :

- la limitation des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins ;
- la prise en charge intégrale du forfait journalier en hospitalisation ;
- la périodicité pour les prestations d'équipement optique (verres + monture) ;
- les planchers et plafonds pour les équipements optiques.