

notice

D'INFORMATION

1^{ER} JANVIER 2018

Couverture Supplémentaire Maladie des
agents statutaires de la Branche des
Industries Electriques et Gazières

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 538518473
Siège social : 143 rue Blomet - 75015 PARIS

ENERGIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 419049499
Siège social : 45-49 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS

SMI

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
Numéro Siren 784669954
Siège social : 2 rue de Laborde - 75374 PARIS Cedex 08



SOMMAIRE

Définitions	p.3
Préambule	p.5
- La mise en place de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	
- Quelles sont les prestations frais de santé assurées par chaque Mutuelle Partenaire ?	
- Votre notice d'information	
Votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.6
- Vos prestations frais de santé	
- Précisions	
- Modalités de calcul des prestations	
- Paiement des prestations	
- Fonds Social dédié	
Votre affiliation à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.11
- Obligations de votre Employeur	
- Vos obligations	
- Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit	
Au cours de votre affiliation	p.12
- Paiement des cotisations	
- Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit	
- Radiation de votre affiliation	
- Radiation d'un ou de tous vos ayants droit	
- Conséquences de la résiliation des Contrats d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit	
Cas de maintien à titre obligatoire de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) ou au titre du maintien temporaire pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage	p.14
- Maintien de la CSM à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par votre Employeur	
- Maintien de la CSM pendant une durée maximale de douze mois pour les anciens agents ouvrant droit à indemnisation chômage	
Cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture Supplémentaire Maladie (CSM)	p.15
- Maintien de la CSM à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par votre Employeur	
- Maintien des garanties à titre facultatif pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989	
- Paiement des cotisations	
- Conséquences du défaut de paiement des cotisations	
- Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif	
Dispositions diverses	p.16
- Prescription	
- Réclamations et litiges	
- Subrogation	
- Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle	
- Contrôle	
- Échange de données informatisées	
- Loi Informatique et Libertés	
Contacts	p.20
- Site Internet dédié	
- Pour toute question relative aux adhésions, cotisations, devis et prises en charge et prestations	
- Fonds Social dédié	

DÉFINITIONS

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

Processus 1 : Les salariés des entreprises relevant du P1 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d’Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment RIB et attestation CAMIEG pour les ayants droit (et par la suite, leurs formulaires de modification de situation) directement à MUTIEG A ASSO.

Processus 2 : Les salariés des entreprises relevant du P2 doivent transmettre leur Bulletin Individuel d’Affiliation - BIA - avec les pièces justificatives demandées, notamment RIB et attestation CAMIEG pour les ayants droit, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise, qui se charge ensuite d’envoyer ces éléments à MUTIEG A ASSO. Leurs demandes ultérieures de modification de situation familiale devront en revanche être adressées, via le formulaire de modification de situation familiale, au gestionnaire du contrat de travail (ou CSP RH) de leur entreprise ET à MUTIEG A ASSO.

Par exception, les formulaires de modification de coordonnées, les bulletins pour demander le maintien de la CSM à titre facultatif en cas de « Congé sans solde » et les bulletins d’adhésion « Loi Evin » seront à communiquer uniquement à MUTIEG A ASSO.

→ **Entreprises Adhérentes** : Les Entreprises ou organismes relevant du champ d’application de l’accord de branche des IEG en date du 4 juin 2010, qui adhèrent aux Contrats d’assurance collective des trois Mutuelles Partenaires ci-dessous définies.

→ **Membres Participants** : Agents statutaires des Entreprises adhérentes relevant d’une affiliation à titre obligatoire ou d’un maintien des prestations frais de santé à titre facultatif.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre obligatoire sont :

- les agents statutaires en activité ;
- les agents statutaires, dont le contrat de travail est suspendu, mais qui ouvrent droit au maintien obligatoire de la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), dès lors que la suspension du contrat de travail fait l’objet d’un maintien total ou partiel de la rémunération par l’Employeur ou que l’agent bénéficie d’une prestation financée par l’Employeur.

Ces cas sont notamment les suivants :

- les agents statutaires, en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d’origine professionnelle ou non, pour maternité ou paternité ;
- les agents statutaires en congé épargne-temps ;
- les agents statutaires en invalidité de catégories 2 et 3 ;
- les agents statutaires en congé individuel de formation faisant l’objet d’une prise en charge par l’UNAGECIF ;
- les agents en congé de présence parentale et en congé de solidarité familiale.
- les agents statutaires dont le contrat de travail est rompu et qui bénéficient des allocations chômage de Pôle Emploi (à condition également de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite des Industries Electriques et Gazières (IEG)) dans le cadre de l’application de l’article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif sont :

- les agents statutaires dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que la suspension ne donne pas lieu à maintien de la rémunération, ni au versement d’une prestation financée par l’Employeur.

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

→ **Ayants droit couverts à titre obligatoire** : Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes telles que définies à l’article 3-2 de l’accord de branche du 4 juin 2010 soit :

- les enfants et le conjoint ayants droit du Régime Spécial d’Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières, tels que définies au 1° et 2° du VI de l’article 1^{er} 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

DÉFINITIONS

géré par la CAMIEG et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois⁽¹⁾ la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :

- o 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 ;
- o l'enfant célibataire du Membre Participant à la charge de l'ouvrant droit, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
 - âgé de 26 ans au plus ;
 - ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^{ème} 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.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre obligatoire doivent affilier obligatoirement leur(s) ayant(s) droit tels que ci-dessus définis.

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

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

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

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

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif peuvent choisir d'affilier ou non leur(s) ayant(s) droit.

- **Bénéficiaire** : Toute personne qui bénéficie des prestations frais de santé définies dans la présente notice, à savoir le Membre Participant et ses ayants droit couverts à titre obligatoire.
- **Période de garantie** : Période comprise entre la date d'effet de l'affiliation de l'agent statutaire et la date d'effet de sa radiation.
- **Mutuelles Partenaires** : Mutuelles assurant les prestations frais de santé qui composent la CSM de la branche des IEG :
 - HARMONIE MUTUELLE ;
 - ENERGIE MUTUELLE ;
 - SMI.
- **MUTIEG A ASSO** : Organisme gestionnaire désigné par les Mutuelles Partenaires ayant pour mission d'assurer les affiliations des agents statutaires, le recouvrement des cotisations et le paiement des prestations frais de santé de la CSM de la branche des IEG.

(1) A titre exceptionnel au titre de l'année 2013, pour les seuls bénéficiaires ayant perdu au 1^{er} janvier 2015, en raison de la modification de l'assiette fiscale introduite par la loi de finances pour 2014, la qualité d'ayant droit définie sur la base des revenus perçus au titre de l'année 2013, ce seuil est porté à 1 980 fois la moyenne annuelle des valeurs du SMIC.

PRÉAMBULE

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

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré, au 1^{er} janvier 2011, par accord du 4 juin 2010, une Couverture obligatoire au profit des agents statutaires en activité des Entreprises et des organismes de la branche des IEG. Cet accord désigne les Mutuelles Partenaires, HARMONIE MUTUELLE, ENERGIE MUTUELLE et SMI en tant qu'organismes assureurs de ladite Couverture.

Cet accord a fait l'objet de deux avenants dont le dernier, a eu notamment pour objet, au 1^{er} janvier 2016, de mettre en conformité le Régime avec les nouvelles dispositions du « contrat responsable ».

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

Champ d'application : Les dispositions de la présente notice s'appliquent en France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-mer, ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

En raison de l'adhésion de votre Employeur aux Contrats d'assurance collective des trois Mutuelles Partenaires, vous êtes affilié à ces trois Mutuelles et acquérez la qualité de Membre Participant.

● Quelles sont les prestations frais de santé assurées par chaque Mutuelle Partenaire ?

Au titre du Contrat d'assurance collective n°300673, la Mutuelle HARMONIE MUTUELLE est assureur des prestations :

- Soins courants ;
- Optique ;
- Dentaire.

Au titre du Contrat d'assurance collective n°201101, la Mutuelle ENERGIE MUTUELLE est assureur des prestations :

- Hospitalisation (frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération) ;
- Prévention ;
- Appareillage ;
- Cure thermale.

Au titre du Contrat d'assurance collective n°13728, la Mutuelle SMI est assureur des prestations :

- Hospitalisation (forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnant).

● Votre notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les conditions et modalités de mise en œuvre des prestations frais de santé de votre Couverture Supplémentaire Maladie à effet du 1^{er} janvier 2018.

Les modifications des Contrats d'assurance collective pourront donner lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles Partenaires.

VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

● Vos prestations frais de santé

Les prestations remboursées au titre de la CSM sont modifiées à compter du 1^{er} janvier 2018, de manière à mettre en conformité la grille avec les nouvelles exigences de la convention médicale.

Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations de base et complémentaires) **pour les soins réalisés à partir du 01/01/2018.**

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

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 01/01/2018.

	Camieg*		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2018
	Régime de base	Part complémentaire	

SOINS COURANTS			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	60% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	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)	70%	50%	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)	70%	50%	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)	70%	50%	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)	70%	50%	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	60%	60%	50% de la BR
Analyses, prélèvements	60%	60%	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7% du PMSS (23,18€)
Pansements	60%	60%	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 dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80% ou titulaires de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

OPTIQUE			
Remboursement CSM limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.			
Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	700% + 15€ monture	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	260%	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	800% + 15€/verre	1 500% de la BR (cf. exemples de remboursements)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR (cf. exemples de remboursements)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	60%	645%	1,5% du PMSS (49,67€)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS (243,36€)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait œil)	-	-	32% du PMSS (1 059,52€)

Attention : Remboursement limité à un équipement optique (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition précédente d'un équipement optique. Le renouvellement d'un équipement optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par la CSM. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables. Voir détails ci-après. **A noter :** ces planchers peuvent, le cas échéant, être revus à la hausse afin de respecter les obligations minimales de prises en charge issues de la loi de généralisation des complémentaires santé.

DENTAIRE			
Soins	70%	50%	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	70%	425%	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	100%	260%	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)	70%	425%	10,5% du PMSS (347,66€)
Implants (maximum 5 par an)	-	-	20% du PMSS (662,20€)
Couronnes ou stellites provisoires :			
- 1 ou 2 dents	-	-	2% du PMSS (66,22€)
- 3 dents	-	-	4% du PMSS (132,44€)
- par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS (33,11€)
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	8,4% du PMSS (278,12€)
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 acceptées par la Sécurité sociale	60% / 100%	60% / 90% / 150% / 190%	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60%	590%	18% du PMSS (595,98€)
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS (1 191,96€)
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS (46,35€)
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS (2 979,90€)

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 01/01/2018.

Camieg*		CSM
Régime de base	Part complémentaire	

Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2018

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	80% / 100%	20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	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)	80% / 100%	220% / 200%	-
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 (33,11€)
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour (69,53€)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour (37,08€)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour (69,53€)

Remarques

- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.
- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.
- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :
 - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

AUTRES PRESTATIONS			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	65%	55%	8% du PMSS (264,88€)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS (57,94€)
pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS (57,94€)
ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS (92,71€)
détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	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 Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test HémoCcult, tensiomètre prescrits par un médecin.	-	-	3,85% du PMSS (127,47€)
	150€/an pour les substituts nicotiniques		

* Les données concernant la CAMIEG sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Mutieg A Asso.

Lexique :

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

OPTAM = Option Pratique TARifaire Maîtrisée

OPTAM-CO = Option Pratique TARifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

rbt = remboursement

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

Le cumul des remboursements (Régime spécial et Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social.

● Précisions

• Respect des nouvelles dispositions du contrat responsable à compter du 1^{er} janvier 2018

L'ensemble constitué par la Couverture Supplémentaire Maladie et le Régime Complémentaire géré par la CAMIEG respecte globalement, à effet du 1^{er} janvier 2018, les interdictions et les obligations minimales et maximales de prise en charge définies par les articles L.871-1, R.871-1, R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (dispositif du contrat responsable).

En conséquence :

- Pour le ticket modérateur, les garanties comprennent bien la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance Maladie prévue au I de l'article L.160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.
- Les prestations liées à la prévention telles qu'exigées par le contrat responsable sont bien prévues aux garanties CSM.
- Le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité Sociale pour les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement sans limitation de durée.
- Le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou Option Pratique TARifaire Maîtrisée – Co les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques respecte les limites prévues au paragraphe 2^e de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à savoir :

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable.

De plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou 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) n'adhérant pas au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques).

En revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), ne sont pas concernés par ce plafonnement.

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

- S'agissant des **garanties Optique** :

Les montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés comme suit :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries ;
- b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère hors zone de -6.00 et +6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries.

La prise en charge est limitée à un équipement, composé de deux verres et d'une monture, par période de 24 mois (soit deux ans) ; cette période de 24 mois étant décomptée à compter de l'acquisition précédente d'un équipement optique.

Le renouvellement d'un équipement optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ne pourra donner lieu à une prise en charge par l'assurance complémentaire.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité Sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle Partenaire.

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

Afin que les prestations susmentionnées conservent leur caractère « responsable », les Mutuelles Partenaires attirent votre attention sur les exclusions qui doivent s'appliquer à vos remboursements CSM en application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation de leur part d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus) ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles Partenaires ;
- toute autre mesure d'exclusion induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics est exclue des remboursements accordés par la Mutuelle Partenaire et qui fera l'objet d'un nouvel avenant au contrat CSM.

● Modalités de calcul des prestations

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

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

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

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

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

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

● Paiement des prestations

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

MUTIEG A ASSO met à votre disposition, ou à la disposition de la personne que vous avez désignée, un relevé des remboursements.

1 / En cas de télétransmission

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

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

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

2 / A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Spécial géré par la CAMIEG ou le Régime de Sécurité sociale à MUTIEG A ASSO, les prestations sont versées sur production :

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

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

● Fonds Social dédié

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

MUTIEG A ASSO

Fonds Social CSM

4 rue Fulton - 49000 ANGERS

www.energiemutuelle.fr/mutiegA/pole-solidarite

VOTRE AFFILIATION À LA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

● Obligations de votre Employeur

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

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

Les Statuts de chaque Mutuelle Partenaire sont consultables et téléchargeables sur le site de MUTIEG A ASSO.

En cas de modifications des prestations frais de santé et de leurs modalités de mise en œuvre et de couverture, votre Employeur vous remet une nouvelle notice d'information établie par les Mutuelles Partenaires.

● Vos obligations

Vous devez adresser, dans les plus brefs délais, le Bulletin Individuel d'Affiliation accompagné de votre RIB, selon le choix opéré par votre Employeur (processus 1 ou processus 2 définis en page 3) : soit à MUTIEG A ASSO, soit à votre Employeur (charge à lui dans ce second cas, de l'adresser à MUTIEG A ASSO).

Vous êtes tenu de renseigner dans ce Bulletin Individuel d'Affiliation, les informations relatives à vos ayants droit tels que définis à la présente notice, de manière à ce qu'ils soient couverts à titre obligatoire. Ces informations incluent la communication de l'attestation CAMIEG de vos ayants droit.

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

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

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

AU COURS DE VOTRE AFFILIATION

● Paiement des cotisations

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour les couples d'agents statutaires affiliés de la même Entreprise ou d'Entreprises relevant toutes deux du champ d'application de l'accord de branche des IEG du 4 juin 2010, le Membre Participant ayant ses enfants inscrits sous son numéro de Sécurité sociale CAMIEG supporte la cotisation « Famille », le conjoint, le conjoint séparé, le concubin ou le partenaire de PACS supportant, pour sa part, la cotisation « Isolé ». Dans le cas où les enfants seraient rattachés au numéro de Sécurité sociale de leur père ET de leur mère, les conjoints devraient désigner celui d'entre eux qui s'acquittera de la cotisation « Famille » (l'autre s'acquittant uniquement d'une cotisation « Isolé »). Le conjoint qui s'acquittera de la cotisation « Famille » sera le seul à inscrire les enfants du couple sur son dossier CSM.

Par ailleurs, si vous démontrez à votre Employeur que vos ayants droit couverts en principe à titre obligatoire par la CSM sont déjà couverts à titre obligatoire par ailleurs (voir page 3 de la présente notice, les autres couvertures obligatoires possibles), vous pouvez alors cotiser uniquement au taux « Isolé » (au lieu du taux « Famille »). Vous devrez justifier de la situation de vos ayants droit au regard de l'exclusion de la CSM chaque année auprès de votre Employeur. Dans ce cas, vos ayants droit ne seront pas couverts au titre de la CSM tant que vous pourrez faire jouer cette dispense annuelle d'avoir à cotiser au taux « Famille ».

La cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale limitée au Plafond de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale pour 2018 est de 3 311 euros ; il est revalorisé chaque année).

Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise.

● **Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit**

Modification de situation familiale

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

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

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

Modification de situation personnelle

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à MUTIEG A ASSO dans les plus brefs délais à **compter de sa survenance**, tout changement de domicile, de coordonnées bancaires ou de situation au regard du Régime d'Assurance Maladie obligatoire français ou du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG.

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

Un justificatif peut être exigé par MUTIEG A ASSO pour la prise en compte de ces changements.

● **Radiation de votre affiliation**

Votre affiliation prend fin :

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

● **Radiation d'un ou de tous vos ayants droit**

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

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

● **Conséquences de la résiliation des Contrats d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit**

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

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

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

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

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

CAS DE MAINTIEN À TITRE OBLIGATOIRE DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE OU AU TITRE DU MAINTIEN TEMPORAIRE POUR LES ANCIENS AGENTS OUVRANT DROIT À INDEMNISATION CHÔMAGE

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

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

Pour les cas de suspension du contrat de travail avec maintien partiel de la rémunération ou versement d'une prestation financée par votre Employeur et les cas d'invalidité de première catégorie, ouvrant droit au maintien à titre obligatoire des prestations frais de santé, l'assiette de calcul des cotisations est la rémunération principale effectivement perçue par l'agent statutaire.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A défaut d'avoir rempli cette obligation et dans le cas où le Membre Participant aurait bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il pouvait prétendre, une récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre. L'action en recouvrement des prestations indûment versées est prescrite par un délai de cinq ans à compter du paiement des prestations au Bénéficiaire.

CAS DE MAINTIEN À TITRE FACULTATIF DE VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

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

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

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

● **Maintien des garanties à titre facultatif pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989**

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

Les ayants droit garantis du chef d'un 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 MUTIEG A ASSO dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

Les conditions et modalités de financement du maintien des prestations frais de santé pour les Bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 font l'objet d'un règlement mutualiste spécifique que vous pouvez demander à MUTIEG A ASSO. Pour tous ces cas, vous devez adresser à MUTIEG A ASSO un Bulletin d'Adhésion Loi Evin que vous pouvez obtenir auprès de MUTIEG A ASSO, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié dès lors que votre Employeur aura communiqué votre nouvelle situation à MUTIEG A ASSO.

● **Paiement des cotisations**

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

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

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

● **Conséquences du défaut de paiement des cotisations**

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

● **Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif**

Chaque année, vous pouvez mettre fin à effet du 31 décembre à ce maintien des prestations à titre facultatif par l'envoi d'une lettre recommandée à MUTIEG A ASSO, au plus tard le 31 octobre de l'année civile, pour un effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Au terme de la suspension de votre contrat de travail, et lorsque vous réintégrez une entreprise de la branche des IEG, la résiliation est automatique et vous êtes à nouveau couvert à titre obligatoire par la CSM.

DISPOSITIONS DIVERSES

● Prescription

Toute action dérivant de l'application du présent Règlement est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai pour des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle Partenaire a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

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

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

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

Prestations

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

Cotisations

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

Indus

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

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par chèque à la Mutuelle Partenaire.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle Partenaire au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Le débiteur de plusieurs dettes (Bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, la Mutuelle Partenaire 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, la Mutuelle Partenaire pourra engager toute procédure judiciaire.

● Réclamations et litiges

Pour toute réclamation ou litige, le souscripteur du présent Contrat, l'Entreprise Adhérente, le Membre Participant ou le Bénéficiaire a la faculté de s'adresser à l'Organisme gestionnaire :

MUTIEG A ASSO – Service Réclamation Membres Participants IEG
4 rue Fulton – 49000 ANGERS.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'une entreprise adhérente, d'un Membre Participant ou d'un bénéficiaire envers l'Organisme gestionnaire MUTIEG A ASSO ou la Mutuelle Partenaire ».

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

Les chargés de réclamation de l'Organisme gestionnaire accuseront nominativement réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception au service Réclamation, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai.

L'Organisme gestionnaire s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Si toutefois, après l'intervention du service Réclamation, le désaccord persiste, l'entreprise, le Membre Participant ou le Bénéficiaire a la faculté de faire appel au Médiateur de la Consommation désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 65 des Statuts de la Mutuelle.

Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur de la Consommation de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :

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

Le Médiateur, personnalité extérieure à l'Organisme gestionnaire, rend son avis en toute indépendance. En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

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

- l'entreprise, le Membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Organisme gestionnaire par une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal ;
- le Membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Organisme gestionnaire ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

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

● Subrogation

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

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

Afin de permettre aux Mutuelles Partenaires de pouvoir exercer leur droit de subrogation, le Membre Participant ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à MUTIEG A ASSO tout accident dont ils sont victimes.

● Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle

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

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

● Contrôle

• Contrôle de l'ACPR

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

• Contrôle de la Mutuelle

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

● Échange de données informatisées

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

● Loi Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, l'Organisme gestionnaire met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le Membre Participant et ses ayants droit.

Les informations recueillies par la Mutuelle Partenaire sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion d'un contrat, de la gestion et de l'exécution par la Mutuelle Partenaire de ses obligations.

Dans ce cadre, elles peuvent être communiquées aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré est garanti, aux intermédiaires d'assurances, partenaires (sous-traitant en informatique et sur certains actes de gestion), réassureurs et organismes gestionnaires du Régime Obligatoire.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n'excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

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

- d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle en s'adressant par courrier accompagné de la copie d'un titre d'identité en cours de validité auprès de l'Organisme gestionnaire

Correspondant Informatique et Libertés - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS,
ou par courriel à l'adresse suivante : correspondant.cnil@energiemutuelle.fr

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

CONTACTS

SITE INTERNET DÉDIÉ

Vous pouvez, sur le site www.energiemutuelle.fr/mutiegA :

- Accéder à l'Espace CSM Salariés et à votre Espace personnel ;
- Retrouver les documents d'information suivants :
 - la présente notice d'information ;
 - les Bulletins Individuels d'Affiliation ;
 - les formulaires de modification de situation ;
 - les Guides pratiques.
- Nous adresser un courriel en vous rendant sur l'espace CSM, rubrique « Nous contacter ».

POUR TOUTE QUESTION RELATIVE AUX ADHÉSIONS, COTISATIONS, DEVIS ET PRISES EN CHARGE ET PRESTATIONS



MUTIEG A ASSO
47 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS
Téléphone: 0 969 32 46 46

FONDS SOCIAL DÉDIÉ

MUTIEG A ASSO
Fonds Social CSM
4 rue Fulton - 49000 ANGERS

