



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conditions Particulières

CSM EVIN 2015

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 – Formulaires

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 **ne respecte pas** 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

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM LOI EVIN 2015

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 2015

SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes	40% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes	100% de la BR
Actes techniques médicaux	80% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie	80% de la BR
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs	35% des frais réels, limités à 100€ 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
Pharmacie Vignettes blanches/bleues/orange sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	-
Pansements	40% de la BR
Majoration de la prestation soins courants de 50% pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à ≥ 80 % ou de la carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	OUI
OPTIQUE	
Monture : un équipement par année civile par ADULTE	5% du PMSS
Monture : un équipement par année civile par ENFANT	2% du PMSS
Verre : un équipement par année civile par ADULTE	1 300% de la BR
Verre : un équipement par année civile par ENFANT	440% de la BR
Lentilles acceptées SS : un équipement par bénéficiaire et par année civile	1,5% du PMSS
Lentilles correctrices refusées par la SS, y compris lentilles jetables (forfait annuel par bénéficiaire)	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)	12% du PMSS
DENTAIRE	
Soins	100% de la BR
Prothèses prises en charge par la SS : sans présentation du devis	100% de la BR

Prothèses prises en charge par la SS : avec présentation du devis	150% de la BR
Prothèses non prises en charge par la SS : sans présentation du devis	100% de la BR
Prothèses non prises en charge par la SS : avec présentation du devis	150% de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200% de la BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE	
Implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire :	
1 ou 2 dents	2% du PMSS
3 dents	4% du PMSS
par dent supplémentaire	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) détartrage	0,8% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) curetage	2,8% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) chirurgie	5,6% du PMSS
Autres actes hors nomenclature sur frais réels limités à 500€ par an	30% des Frais Réels

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)		
Sans acte CCAM > 120€	Frais de séjour	100% de la BR
	Honoraires	100% de la BR
Avec acte CCAM > 120€	Frais de séjour	100% de la BR
	Honoraires	100% de la BR
Dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné		
Franchise sur les actes CCAM > 120€		
Forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du CSS		100% des Frais Réels (1)
Frais d'accompagnant médecine et chirurgie (enfant de moins de 16 ans)		1% du PMSS / jour
Chambre particulière médecine, chirurgie (30 jours par hospitalisation, renouvelable une fois sur prescription médicale)		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
Frais de transport		-

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.

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire)	24% du PMSS

Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour handicapé accepté par la SS	90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 21 jours d'un curiste (réduit en proportion de la durée réelle pour les cures plus courtes)	8% du PMSS
Vaccins (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 comprenant : - 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)

SS : Sécurité sociale

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

(1) Dans la limite du montant fixé par arrêté

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