
RÈGLEMENT MUTUALISTE CSM CCAS LOI EVIN 2017

Sans décret
Applicable au 1^{er} janvier 2018

**Couverture Supplémentaire Maladie
des anciens salariés conventionnés
de la Caisse Centrale d'Activités Sociales
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), 61 rue Taitbout -
75436 PARIS Cedex 9

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

SOMMAIRE

Préambule

Titre I – Bénéficiaires

- Article 1. Objet
- Article 2. Les Membres Participants
- Article 3. Définition des ayants droit

Titre II – Adhésion - Changement de situation - Résiliation

- Article 4. Adhésion
- Article 5. Conditions d'âge à l'adhésion
- Article 6. Perte de la qualité de Membre Participant
- Article 7. Adhésion des ayants droit
- Article 8. Perte de la qualité d'ayant droit

Titre III – Prestations santé

- Article 9. Risques couverts
- Article 10. Définitions des prestations
- Article 11. Ouverture du droit aux prestations
- Article 12. Conditions générales
- Article 13. Versement des prestations
- Article 14. Soins à l'étranger

Titre IV – Cotisations

- Article 15. Fixation de la cotisation

Titre V – Dispositions diverses

- Article 16. Subrogation
- Article 17. Fausse déclaration - Nullité de la garantie
- Article 18. Déchéance en cas de fraude
- Article 19. Réclamations
- Article 20. Loi Informatique et Libertés
- Article 21. Contrôle
- Article 22. Législation
- Article 23. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme
- Article 24. Bloctel
- Article 25. Tribunaux compétents

Titre VI – Modifications du présent Règlement - Informations

- Article 26. Modifications du présent Règlement - Informations

Titre VII – Annexe

- Article 27. Liste des annexes
 - 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 CCAS ont instauré par accord du 21 décembre 2010 une Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire au profit des salariés conventionnés en activité.

Cet accord désigne Energie Mutuelle (ex-Mutieg) en tant qu'organisme assureur de ladite couverture.

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dispose :

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

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

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

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

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

L'article 13-2 du contrat d'assurance collective frais de santé assuré par Energie Mutuelle (ex-Mutieg) précise, concernant le maintien des garanties pour les personnes demandant à bénéficier de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 :

« Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent, dans les cas visés ci-après, demander le maintien des garanties auprès de la Mutuelle Partenaire sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- en cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés conventionnés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;*
- les personnes garanties du chef du Membre Participant décédé, pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès du Membre Participant.*

Le maintien des garanties du présent contrat est facultatif : les Bénéficiaires prennent en charge la totalité du paiement de la cotisation. En aucun cas, la CCAS ne participe au financement de ce maintien de la couverture à titre facultatif. Les opérations relatives aux Bénéficiaires des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Evin » ne sont pas mutualisées avec les opérations relatives aux Bénéficiaires de la Couverture Supplémentaire Maladie.

Les Bénéficiaires relevant de l'article 13-2 du Contrat, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, peuvent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent l'expiration

du maintien des garanties consécutif à l'application de 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. »

En application de ces dispositions, toute personne relevant de l'article 4 de la loi Evin et de l'article 13-2 énoncé précédemment et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle.

Dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle Energie Mutuelle assure les postes suivants, selon les dispositions prévues audit Règlement :

- hospitalisation (frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, frais de transport, forfait journalier, chambre particulière et frais d'accompagnant)
- soins courants
- optique
- dentaire
- appareillage
- cure thermale
- prévention

TITRE I – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 1. Objet

Le présent Règlement a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts d'Energie Mutuelle, de définir pour les personnes relevant de l'article 4 de la loi Evin, dans le cadre des contrats collectifs frais de santé visés au Préambule assurés par la Mutuelle Energie Mutuelle, et ayant demandé leur adhésion au présent Règlement, le contenu et la durée des engagements existant entre ces Membres Participants, personnes physiques, et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les garanties assurées par la Mutuelle dans le cadre du présent Règlement Mutualiste sont régies par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 2. Les Membres Participants

Les Membres Participants de la Mutuelle sont les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes et bénéficient des prestations de la Mutuelle au titre du présent Règlement Mutualiste auquel ils ont adhéré.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent Règlement Mutualiste, les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) relevant des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dans le cadre du contrat collectif assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle, mis en place suite à l'accord collectif rappelé au Préambule.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent Règlement Mutualiste, les personnes régulièrement inscrites à la Mutuelle et assurant un paiement régulier de leur cotisation sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- en cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens agents statutaires qui étaient assurés dans le cadre de l'accord collectif décrit au Préambule, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emplois, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- lorsque le contrat collectif assure les ayants droit d'un Membre Participant, les ayants droit garantis du chef d'un Membre Participant qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès du Membre Participant, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à la Mutuelle Energie Mutuelle dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

Le Règlement Mutualiste étant conçu pour intervenir en complément du régime CAMIEG, la non-affiliation à ce régime CAMIEG implique, pour un Membre Participant non affilié, qu'il conserve à sa charge exclusive la part complémentaire non remboursée par la CAMIEG.

Des modalités spécifiques de gestion sont mises en place pour un Membre Participant non affilié CAMIEG.

ARTICLE 3. Définition des ayants droit

Les ayants droit du Membre Participant sont les personnes mineures ou majeures qui étaient garanties du chef du Membre Participant au moment où il a demandé à adhérer au présent Règlement Mutualiste. Ces ayants droits sont les suivants :

- 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 géré par la CAMIEG ;
- l'enfant du Membre Participant ou 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 inscrit sous le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculé sous son propre numéro de Sécurité sociale et qui est :
 - o âgé de 16 au plus ;
 - o soit ou âgé de plus de 16 ans atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21^e anniversaire ;
 - o soit 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 du 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 des Industries Electriques et Gazières.

Les ayants droit non affiliés au Régime Complémentaire CAMIEG peuvent bénéficier des garanties du Règlement Mutualiste.

Par ailleurs, le Règlement Mutualiste étant conçu pour intervenir en complément du régime CAMIEG, la non-affiliation à ce régime CAMIEG implique, pour un ayant droit non affilié, qu'il conserve à sa charge exclusive la part complémentaire non remboursée par la CAMIEG.

Des modalités spécifiques de gestion sont mises en place pour un ayant droit non affilié CAMIEG.

TITRE II – ADHÉSION - CHANGEMENT DE SITUATION - RÉSILIATION

ARTICLE 4. Adhésion

4-1. L'adhésion du Membre Participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli. Il s'engage à y renseigner avec précision et exactitude les informations demandées.

La signature du bulletin d'adhésion par le Membre Participant emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, du Règlement Intérieur, du présent Règlement Mutualiste, des grilles de prestations des garanties choisies et des documents contractuels.

La Mutuelle met à disposition préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste ou d'une fiche d'information définie à l'article L.221-4 du Code de la Mutualité.

Toute modification du Règlement Mutualiste est notifiée aux Membres Participants conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité.

4-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours à réception de la demande si le dossier est complet et comprend nécessairement le bulletin d'adhésion, le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire complété, daté et signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire, la photocopie de l'attestation papier de droits CAMIEG de chacun des membres de la famille, une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant le terme du contrat de travail ou décès du salarié.

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

4-3. Durée et renouvellement des garanties

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restants. Pour toute adhésion en cours de mois, la cotisation est appelée sur le mois entier. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale. Les garanties cessent lorsque l'adhésion au Règlement Mutualiste prend fin suite à une résiliation, par radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux Statuts.

4-4. Faculté de renonciation

A compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'une adhésion par démarchage, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Le délai de 14 jours applicable en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile (selon l'article L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité) étant inclus dans ce délai de trente jours.

Un modèle de lettre de renonciation est compris dans le bulletin d'adhésion, comme selon l'exemple suivant :

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

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

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

4-5. Obligation de communication de pièces

Toutes les pièces sollicitées par la Mutuelle à l'occasion de l'adhésion ou d'une demande de prise en charge sont nécessaires à l'instruction du dossier et doivent lui être communiquées. A défaut, la Mutuelle ne pourra servir ses prestations.

4-6. Obligation de signalement de tout changement de situation

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

- nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- droit à la CMU-C ;
- mariage PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
- naissance ou adoption ;
- attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit,
- travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
- 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.

Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet à compter du premier jour du mois de la demande, le cachet de la Poste faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences. Le changement ne pourra alors être pris en considération que lors de l'émission du prochain avis d'échéance annuel. En revanche, si le changement de situation, quelles que soient la date ou la façon dont il aura été porté à la connaissance de la Mutuelle, implique une hausse de la cotisation, celle-ci prendra effet, rétroactivement, au 1^{er} jour du mois de l'évènement, le Membre Participant étant tenu de régulariser le paiement des cotisations dues à la Mutuelle.

ARTICLE 5. Conditions d'âge à l'adhésion

Il n'y a aucune condition d'âge pour l'adhésion au présent Règlement concernant le Membre Participant.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent devenir, à leur demande, Membre Participant sans l'intervention de leur représentant légal.

L'âge est défini par la différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

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

Aucune période probatoire n'est prévue à l'adhésion.

ARTICLE 6. Perte de la qualité de Membre Participant

6-1. Résiliation par le Membre Participant

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle. La résiliation prendra effet le dernier jour du mois de la réception de la lettre, à minuit, sous réserve que le Membre Participant soit à jour de ses cotisations.

La modification éventuelle des ayants droit suivra les dispositions de l'article 4-6 ci-avant.

6-2. Radiation pour non-paiement des cotisations

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

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

6-3. Autres résiliations en cours d'adhésion

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

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

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

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

6-4. Lorsqu'une personne cesse d'adhérer au présent Règlement Mutualiste à la suite d'une résiliation ou d'une radiation intervenant dans l'un des cas visés aux paragraphes 6-1 à 6-3 ci-avant, elle ne peut plus demander par la suite d'y adhérer à nouveau.

ARTICLE 7. Adhésion des ayants droit

L'adhésion de l'ayant droit est réservée aux seules personnes inscrites en qualité d'ayant droit au moment de la sortie du salarié des contrats collectifs souscrits en application de l'accord du 21 décembre 2010 par la CCAS auprès de la Mutuelle Energie Mutuelle et doit être simultanée à celle du Membre Participant et concrétisée par le même bulletin d'adhésion que celui visé au 4-1. L'article 4-2 s'applique de la même façon.

ARTICLE 8. Perte de la qualité d'ayant droit

8-1. Lorsque le Membre Participant perd cette qualité conformément à l'article 6, ses ayants droit perdent la qualité de Bénéficiaires.

8-2. Le Membre Participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, annuellement, par lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année, pour effet au 31 décembre à minuit.

8-3. Lorsqu'un ayant droit perd cette qualité du fait d'un changement lié à sa vie professionnelle, son âge, son lien familial avec le Membre Participant ou au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazières, la date d'effet de la modification est celle du changement si le Membre Participant informe la Mutuelle dans les trois mois suivant l'évènement et la Mutuelle peut lui proposer

de devenir Membre Participant. L'acceptation est matérialisée par une notification écrite du Bénéficiaire concerné, adressé à la Mutuelle.

8-4. Lorsque l'ayant droit perd cette qualité du fait du décès du Membre Participant, la Mutuelle lui propose de devenir Membre Participant, l'acceptation étant matérialisée comme à l'article 4-1.

Si l'ayant droit ne souhaite pas devenir Membre Participant de la Mutuelle, le bénéfice des garanties du présent Règlement Mutualiste cessera au jour du décès du Membre Participant. Toute sortie du dispositif Evin est définitive.

TITRE III – PRESTATIONS SANTÉ

ARTICLE 9. Risques couverts

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

ARTICLE 10. Définition des prestations

La nature des prestations fournies aux Bénéficiaires dans le cadre du présent Règlement comporte obligatoirement toutes les rubriques ci-dessous :

- soins courants
- optique
- dentaire
- hospitalisation
- prévention
- appareillage
- cure thermale

selon une grille de prestations figurant en annexe 1 qui est jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion.

ARTICLE 11. Ouverture du droit aux prestations

11-1. Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale, sur le décompte de la CAMIEG si le Membre Participant est toujours dépendant de ce Régime, sur le décompte d'un premier organisme complémentaire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

11-2. Selon le poste de soins, la Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Général, soit au tarif de Convention, soit au tarif d'Autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

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

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

11-3. Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement Mutualiste.

11-4. Sont pris en charge les soins dont la date de référence est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation. Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date de référence définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

ARTICLE 12. Conditions générales

12-1. Sont expressément exclues des remboursements les prestations suivantes :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de 16 ans ou plus) ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou l'Assurance Maladie ;
- toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics.

12-2. Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

12-3. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les prestations de la Mutuelle viennent en complément de celles versées par d'autres organismes, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale et du 1^{er} organisme. Les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes complémentaires.

12-4. En cas de modification des actes figurant à l'article 10

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire ou spécifique des IEG, les montants de remboursements assurés par la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des prestations, avant la modification, sauf décision contraire du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

12-5. Ne font pas l'objet de prestations complémentaires au titre du ticket modérateur les remboursements assumés à 100% du tarif de responsabilité par l'Assurance Maladie.

12-6. Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du Bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la garantie.

12-7. Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

12-8. En dentaire, le devis fourni par l'adhérent peut être examiné par le chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge de l'adhérent.

12-9. Le remboursement des frais d'accompagnement pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans est effectué dans les conditions suivantes :

- un seul accompagnant, quel que soit le lien de parenté ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé, pour le lit et les repas ;

- dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.

12-10. Dans le cas de remboursements dont le montant est calculé sur la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), et en l'absence de parution du décret notifiant ce montant au moment de l'impression des plaquettes (voir grille des prestations en annexe) descriptives des garanties, le montant indiqué par la Mutuelle sera celui de de l'année N-1.

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

12-11. La simulation du remboursement des actes médicaux ou dépassements d'honoraires, en ville, soins externes ou lors d'une hospitalisation, est subordonnée à la réception d'un devis établi par le praticien. Toutes ces données sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Ce devis doit mentionner expressément la codification des actes, leur nature, les bases de remboursement associés et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

ARTICLE 13. Versement des prestations

13-1. En cas de télétransmission, le Membre Participant et/ou ses éventuels ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG, lorsque ceux-ci sont transmis à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente.

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

13-2. A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG à la Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG 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 de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou à celle de ses ayants droit.

13-3. Tiers payant

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

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux Bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux Bénéficiaires de l'assurance maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité. Depuis le 1^{er} décembre 2017, pour les professionnels de santé exerçant en ville, le tiers payant deviendra généralisé à l'ensemble des Bénéficiaires de l'Assurance Maladie sur les dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. Lorsque les garanties relèvent de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale,

la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties du règlement, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

13-4. Il peut être demandé par la Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou le Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG ou d'un premier organisme complémentaire ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

13-5. Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes) et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DEs Listes). Les actes d'acupuncture et de nutrition doivent être effectués par un médecin. Quant aux étioopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.

13-6. Les prestations sont versées directement au Membre Participant ou à la personne qu'il a désignée, par virement sur un compte bancaire.

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

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

13-7. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé mensuel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque l'adhérent a choisi l'envoi par Internet.

13-8. Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant de l'application du présent Règlement Mutualiste 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 a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte du Membre Participant sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

Quand l'action du Membre Participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie obligatoire.

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 un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de 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 en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

13-9. 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 envoyée par la Mutuelle.

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

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle au Bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Le débiteur de plusieurs dettes (Bénéficiaire des prestations) peut

indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, la Mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. A égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement. En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

ARTICLE 14. Soins à l'étranger

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

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

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

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

La simulation de remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la réception de l'accord préalable du régime d'Assurance Maladie et du devis du praticien. Energie Mutuelle se réserve le droit de demander la traduction en français des factures présentées.

TITRE IV – COTISATIONS

ARTICLE 15. Fixation de la cotisation

15-1. La cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération principale dans la limite du plafond de la Sécurité sociale. Il convient d'entendre la rémunération principale comme la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année comprise, constituant l'assiette des cotisations et des prestations du Régime Spécial de vieillesse des IEG perçue au cours des 12 derniers mois précédant la date de rupture du contrat de travail. Dans le cas particulier des invalides de catégories 2 et 3, la rémunération de référence est entendue de la dernière pension d'invalidité perçue, complément d'invalidité compris, avant la rupture du contrat de travail.

Lorsque la rupture du contrat de travail fait suite à une suspension de contrat de travail non rémunérée, la rémunération de référence est entendue comme la rémunération principale brute telle que définie au 2^e paragraphe, perçue au cours des 12 mois précédant la suspension du contrat de travail.

La cotisation afférente à l'adhésion et au bénéfice du maintien des garanties de la CSM CCAS est payée directement par l'adhérent à Energie Mutuelle ou au mandataire désigné.

15-2. Le montant de la cotisation est fixé annuellement par le Conseil d'Administration. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année. Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour 100 aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé Energie Mutuelle (ex-Mutieg) n° 201102.

15-3. Les cotisations des Membres Participants sont dues mensuellement et d'avance.

15-4. En cas de décès d'un Membre Participant, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

15-5. Lorsqu'une modification de la cotisation due par l'adhérent est consécutive à un changement de la catégorie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit la Mutuelle procède à la régularisation des

cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande de l'adhérent, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à 1 an.

15-6. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations (voir article 13-8 ci-avant).

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 16. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. En cas d'accident causé par un tiers, le Membre Participant doit impérativement signaler l'accident à la Mutuelle afin qu'elle puisse exercer son droit de recours contre tiers.

ARTICLE 17. Fausse déclaration - Nullité de la garantie

17-1. Fausse déclaration intentionnelle

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au Membre Participant 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. La Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Le contrat est annulé de plein droit. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

17-2. Fausse déclaration non intentionnelle

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

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

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

ARTICLE 18. Déchéance en cas de fraude

Le Membre Participant qui effectue une déclaration frauduleuse à l'occasion de la demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

ARTICLE 19. Réclamations

Pour toute réclamation ou litige, le Membre Participant a la faculté de s'adresser à :

Energie Mutuelle - Service Réclamation - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation. Les chargés de réclamation de la Mutuelle 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.

La Mutuelle 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, le Membre Participant 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 Energie Mutuelle, 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 :

- le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle 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 la Mutuelle ;
- 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.

ARTICLE 20. Loi Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le Membre Participant et ses ayants droit. Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion d'un Règlement Mutualiste ou d'un contrat, de la gestion (y compris commerciale) et de l'exécution par la Mutuelle de ses obligations. Dans ce cadre, elles peuvent être communiquées aux délégataires de gestion, aux organismes gérant le tiers payant, aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré est garanti, aux intermédiaires d'assurances, partenaires, 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 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 d'Energie Mutuelle - Correspondant Informatique et Libertés - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS, ou par courriel à l'adresse suivante : correspondant.cnil@energiemutuelle.fr

ARTICLE 21. Contrôle

21-1. ACPR

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.

21-2. Contrôle de la Mutuelle

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

ARTICLE 22. Législation

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

ARTICLE 23. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et notamment les dispositions issues du Code Monétaire et Financier, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres Participants et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée, à demander aux Membres Participants, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

ARTICLE 24. Bloctel

Le Membre Participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : BLOCTEL.

ARTICLE 25. Tribunaux compétents

En cas de litige avec la Mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le Tribunal d'Instance, soit le Tribunal de Grande Instance).

TITRE VI – MODIFICATIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT - INFORMATIONS

ARTICLE 26. Modification du présent Règlement - Informations

26-1. Modification du présent Règlement

Les Statuts ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Le présent Règlement ne peut, lui, être modifié que par le Conseil d'Administration dans les modalités mentionnées dans les Statuts.

26-2. Information des Membres Participants

Chaque Membre Participant se voit remettre avant la signature du bulletin d'adhésion par voie numérique ou postale, les Statuts et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. En cas de modification du présent Règlement, le Membre Participant est informé des modifications survenues par un envoi postal ou électronique. Toute information, modification des Statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste, des prestations, des cotisations et de manière générale du contrat conclu entre la Mutuelle et le Membre Participant, pourra valablement être notifiée par voie électronique aux Membres Participants ayant communiqué leur adresse courriel à la Mutuelle et ayant confirmé leur accord sur leur BIA, sur leur espace adhérent, par courriel ou par courrier postal.

26-3. Modifications de la législation

Le présent Règlement est établi en fonction de la législation sociale française en vigueur lors du Conseil d'Administration le plus proche du début de l'exercice qu'il concerne. Il peut être modifié pour ne pas enfreindre les dispositions légales et/ou réglementaires intervenant postérieurement.

26-4. Information de la Mutuelle

Le Membre Participant informe la Mutuelle des modifications intervenues dans sa situation familiale et/ou professionnelle dans le délai de deux mois après la modification. En cas de non-respect de ce délai, la modification est enregistrée sans que ses conséquences ne puissent produire d'effet au-delà d'un an avant la date de réception de l'information.

TITRE VII – ANNEXE

ARTICLE 27. Liste des annexes

Le présent Règlement comprend une annexe :

- Annexe 1 : Grille de prestations

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM CCAS LOI EVIN 2017

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS 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 CCAS LOI EVIN 2017

SOINS COURANTS	
Visites et consultations de médecins généralistes	40% de la BR
Visites et consultations de médecins spécialistes	100% de la BR
Actes techniques médicaux, actes d'imageries, d'échographies et de radiologies	80% de la BR
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par an)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses et 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 ≥ 80% ou de la carte Mobilité Inclusion mention « Invalidité ».	OUI
OPTIQUE	
Monture acceptée SS : un équipement par année civile par ENFANT (- de 18 ans)	2% du PMSS
Verres acceptés SS : un équipement par année civile par ENFANT (- de 18 ans)	440% de la BR
Monture acceptée SS : un équipement par année civile par ADULTE	5% du PMSS
Verres acceptés SS : un équipement par année civile par ADULTE	1 300% de la BR
Lentilles acceptées SS : un équipement par bénéficiaire et par année civile	1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel	7,35% du PMSS
Monture acceptée SS : 2 ^e équipement par an	-
Verres acceptés SS : 2 ^e équipement par an	-
Lentilles acceptées SS : 2 ^e équipement par an	-
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)	
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.	
Sans acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	100% de la BR
- Honoraires	100% de la BR
Avec acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	100% de la BR
- Honoraires	100% de la BR
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-
Forfait journalier	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (60 jours par année civile)	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS / jour
Frais de transport	-

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	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 1 curiste	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 nicotiques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	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 de 5 300€ en établissement conventionné

IMPORTANT

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

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

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

Depuis le 1^{er} décembre 2017, pour les professionnels de santé exerçant en ville, le tiers payant deviendra généralisé à l'ensemble des Bénéficiaires de l'Assurance Maladie sur les dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

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