

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2024

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité – SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : CSM Evin – Couverture Supplémentaire Maladie Evin des agents statutaires en inactivité de la Branche des Industries

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire Santé CSM Evin est un contrat de surcomplémentaire santé individuel maintenu à la suite de la complémentaire santé collective obligatoire CSM, souscrit par une personne physique relevant de la Branche des Industries Electriques et Gazières (IDCC 5001), destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes et médecins acupuncteurs, Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements, Analyse hors nomenclature, Pansements, Majoration des soins courants de 50 % (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité
- ✓ **Optique** : Monture et verres adulte et enfant (Panier tarifs Libres – Classe B) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalivia), Lentilles acceptées par la Sécurité sociale, Lentilles refusées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables (1/an), Chirurgie correctives non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et Radiologie, Prothèses dentaires, Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge, Orthodontie remboursés par la Sécurité sociale, Orthodontie, Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie et autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale
- ✓ **Aide auditive** : accessoires, fournitures et entretien des aides auditives remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Honoraires (médecins non OPTAM/OPTAM-CO) Frais de salle d'opération, Forfait journalier, Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité)
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale, Vaccins, Pilule contraceptive de 3^e ou 4^e génération, Ostéodensitométrie, Pack prévention

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes)
- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Deuxième avis médical
- ✓ Visible Patient Solution
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), et les unités ou centres de soins de longue durée.
- ✗ Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, et médecins acupuncteurs** : 34 € par séance (12 séances par année civile).
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant de la Camieg (bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières) ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle au maximum dans les 6 mois après l'interruption de l'activité (retraite ou de la fin de période de maintien des garanties au titre de la portabilité) ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle et les renvoyer à Mutieg A ASSO ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, par voie postale ou électronique, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements, ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement d'avance à la date indiquée dans le contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.
Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours à réception du bulletin d'adhésion, cachet de la poste faisant foi par voie postale, date d'horodatage par voie électronique ou date de réception du mail si envoi par mail. La date d'effet peut être rétroactive si le membre participant demande à être assuré à la date de rupture de son contrat de travail (dans un délai de 6 mois suivant la date de rupture du contrat de travail).

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

À 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 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée (par voie postale ou électronique) avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion et/ou demander la radiation d'un de ses ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande de résiliation par lettre recommandée à la mutuelle par voie postale ou électronique avec avis de réception au moins 2 mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations, par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.