

NOTICE D'INFORMATION

AU CONTRAT D'ASSURANCE C.S.M.R.

À conserver par l'adhérent



Préambule

Cette notice d'information constitue un résumé du « CSMR 93006 PNA 01 » contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par la Caisse Centrale des Activités Sociales du personnel des Industries Electrique et Gazière, auprès de la Mutuelle de France Prévoyance, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au R.N.M. sous le numéro 383 143 617, ci-après dénommée la Mutuelle.

Il est soumis à la législation française, et notamment au Code de la Mutualité et aux statuts de la Mutuelle de France Prévoyance. La gestion administrative du contrat (appel de cotisation, encaissement, recouvrement et règlement des prestations) a été confiée à MUTIEG R ASSO, le Cabinet PREVERE ayant en charge les tâches relatives à l'intermédiation.

■ **Souscripteur : la C.C.A.S.**

La C.C.A.S – Caisse Centrale d'Activités Sociales
du personnel des Industries Electrique et Gazière.
8, rue de Rosny
BP 629
93104 Montreuil Cedex.

■ **Assureur : Mutuelle de France Prévoyance**

447 Avenue de Jouques BP 1401
Site d'Activité Les Paluds - Pôle Performance
13785 Aubagne CEDEX
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code
de la Mutualité et immatriculée au R.N.M sous le N° 383 143 617
Entité soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle
Prudentiel, située 61, rue Taitbout 75009 Paris.

■ **Organisme gestionnaire : MUTIEG R ASSO**

Association Loi 1901
Siret N° 524 019 197 00010
37 Rue de Châteaudun
75009 Paris.

■ **Intermédiaire d'Assurance : PREVERE**

55 avenue René CASSIN,
CS 80206,
69336 Lyon Cedex 09
N° ORIAS : 07004210

ARTICLE 1 : objet du contrat - nature des garanties

Ce contrat permet d'obtenir le remboursement des dépenses de santé figurant au tableau des garanties annexé et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électrique et Gazière.

Les garanties proposées dans le présent contrat sont conformes au dispositif législatif et réglementaire défini notamment aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale lui conférant, ainsi, la qualification de contrat responsable.

Les garanties, niveaux de remboursement et cotisations seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

Ce contrat est également qualifié de solidaire : l'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'ouvrant droit, de son conjoint, et/ou de ses enfants qui n'aura (ont) pas à remplir de questionnaire de santé.

L'indemnisation des soins effectués à l'étranger demeure subordonnée à la prise en charge de la CAMIEG, les règlements devant être effectués en France et en euros.

ARTICLE 2 : qui peut adhérer ?

- Tout ouvrant droit à la CAMIEG (Article 23 du Statut des agents des IEG) résidant en France et en inactivité avant le 01/01/2011. L'adhésion doit être réalisée avant le 30 juin 2012.
- Tout ouvrant droit à la CAMIEG (Article 23 du Statut des agents des IEG) résidant en France et entrant en inactivité à compter du 01/01/2011 dans les 12 mois qui suivent la date de cessation d'activité. Ce délai est décompté à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la cessation d'activité. **Toute demande d'adhésion postérieure à ce délai pourra être acceptée, à titre dérogatoire, avec application d'un délai de carence de 9 mois.**

FRAIS DE SANTÉ	REMBOURSEMENTS CSMR
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 personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	90 % du PMSS
HOSPITALISATION	
Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	100 % de la BR
Forfait journalier	18 €
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	1 % du PMSS / jour
Chambre particulière en médecine ou chirurgie (30 jours par hospitalisation, renouvelable une fois sur prescription médicale)	2,1 % du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1 % du PMSS / jour
AUTRES PRESTATIONS	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8 % du PMSS
Prévention :	1,75 % du PMSS
• vaccins	1,75 % du PMSS
• pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	2,8 % du PMSS
• ostéodensimétrie	70 % de la BR
• détartrage annuel des dents	70 % de la BR
• scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	
• PACK PRÉVENTION ANNUEL INCLUANT :	
• psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse	
• bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste	
• dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste	
• bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer	
• substituts nicotiniques, test hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin	3,85 % du PMSS

¹ Taux de handicap attribué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (ex-COTOREP).

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le plafond mensuel de la sécurité sociale pour 2010 est de 2 885 euros).

NB : les remboursements de frais de santé effectués au titre de la couverture supplémentaire maladie s'ajoutent à ceux prévus par le régime spécial de Sécurité sociale des IEG (prestations de base et complémentaires).

ARTICLE 11 : Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette prescription est interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription et peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège du gestionnaire ou de la Mutuelle de France Prévoyance. Quand l'action contre les assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice ou a été indemnisé.

ARTICLE 12 : Renonciation

Pendant un mois, à compter de la date d'effet du contrat, l'adhérent peut renoncer à celui-ci par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme gestionnaire et peut utiliser le modèle suivant :

« Je soussigné(e) Mme, M..... (Nom, Prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance Surcomplémentaire santé N° CSMR 93006 PNA 01 que j'avais souscrit le

Fait à Le Signature ».

La cotisation lui sera restituée.

ARTICLE 13 : Informatique et libertés

Les données relatives aux adhérents constituent des informations nominatives et sont protégées à ce titre par les dispositions de la loi n°78-17 du 06/01/78 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06/08/04.

L'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier nécessaire à la gestion du contrat CSMR 93006 PNA 01 par les différents intervenants. Il suffit à l'adhérent et/ou à ses ayants droit de s'adresser, indifféremment, à la Mutuelle de France Prévoyance ou à MUTIEG R ASSO.

ARTICLE 14 : Informations devant être communiquées

1. Par le souscripteur aux adhérents

Il sera remis à chaque adhérent :

- les statuts de la Mutuelle de France Prévoyance,
- le guide pratique CSMR contenant notamment la Notice d'Information.

2. Par l'adhérent

L'assuré doit informer l'organisme gestionnaire des modifications intervenues dans sa situation familiale dans le délai d'un 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.

ARTICLE 15 : Réclamation

En cas de litige entre l'adhérent et la Mutuelle, et après extinction des voies de recours internes, le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française peut être saisi. La demande de saisine du Médiateur de la FNMF est adressée à la Mutuelle qui la transmet, sous 10 jours, à la FNMF. L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent à saisir la justice. La décision du Médiateur s'impose à la Mutuelle.

ARTICLE 16 : Intermédiation et gestion

Les tâches inhérentes à l'intermédiation et à la gestion du contrat sont prises en charge selon leur nature par MUTIEG R ASSO et PREVERE.

ARTICLE 17 : Coûts liés à la vente à distance

Les coûts liés à l'impression, à l'envoi des documents contractuels de l'adhérent vers MUTIEG R ASSO ainsi que les frais de connexion sont à la charge de l'adhérent.

TABLEAU DES GARANTIES

FRAIS DE SANTÉ	REMBOURSEMENTS CSMR
SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes	40 % de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes	100 % de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie	80 % de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de 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	70 % PMSS
Pansements	40 % de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50 % pour les soins courants pour les personnes dont le taux de handicap est au moins égal à 80 % ¹ .	
OPTIQUE	
Monture (une par an) :	
• adultes	5 % du PMSS
• enfants	2 % du PMSS
Verres (une paire par an) :	
• adultes	1300 % de la BR
• enfants	440 % de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	1,5 % du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35 % du PMSS
Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	12 % du PMSS
DENTAIRE	
Soins	100 % de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	100 % de la BR (150 % sur présentation d'un devis)
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	100 % de la BR (150 % sur présentation d'un devis)
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200 % de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300 % de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5 % du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	10,5 % du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires :	
• 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
	Curetage : 2,8 % du PMSS
	Chirurgie : 5,6 % du PMSS
Autres actes hors nomenclature sur frais réels limités à 500 € par an	30 % des frais réels

Cette couverture est étendue aux ayants droit, tels que définis à l'article 23 du statut des agents des IEG.

- L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle de l'ouvrant droit est matérialisée par le même bulletin d'adhésion que celui de l'ouvrant droit.
- L'adhésion de l'ayant droit postérieurement à celle de l'ouvrant droit est matérialisée par une fiche de modification dûment remplie et signée par l'ouvrant droit.

ARTICLE 3 : Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion est subordonnée à la transmission de l'intégralité des pièces suivantes :

- Le bulletin d'adhésion dûment rempli,
- L'autorisation de prélèvement des cotisations sur compte bancaire accompagnée d'un R.I.B.

La date d'effet sera alors le premier jour du mois en cours si toutes ces pièces parviennent à l'organisme gestionnaire avant le 10 du mois. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

L'adhésion est conclue pour la durée restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

ARTICLE 4 : Exclusions

En l'état de la réglementation à la date de signature du présent Contrat, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **la majoration de participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;**
- **les actes et prestations pour lesquels des Bénéficiaires n'ont pas accordé l'autorisation aux professionnels de santé d'accéder à leur dossier médical personnel (dès l'entrée en vigueur de cette mesure) et à le compléter ;**

- **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 obligatoire ;**
- **les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé lorsque les Bénéficiaires les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant, et en dehors d'une convention de soins.**

Les exclusions seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

ARTICLE 5 : Prestations

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical figurant sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie ou, à défaut, sur la facture ou la note d'honoraires.

Seuls seront pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de soins 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 des soins définie ci-avant et est postérieure à la date d'adhésion ou de fin de stage et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

La date d'ouverture du droit à prestations coïncide avec la date d'effet de l'adhésion : il n'est appliqué aucun délai d'attente sauf pour les adhésions dérogatoires pour lesquelles il est appliqué un délai de carence de 9 mois.

ARTICLE 6 : Règlement des prestations

Les remboursements seront toujours effectués en complément du remboursement de la CAMIEG et dans la limite des frais restant à charge sur présentation par l'assuré des décomptes originaux de la CAMIEG et éventuellement de toutes autres pièces complémentaires que l'organisme gestionnaire jugera utiles au règlement de la prestation. La télétransmission directe entre la CAMIEG et l'organisme gestionnaire correspond à la notion de décompte original.

Dans tous les cas, le cumul des divers remboursements obtenus ne pourra excéder le montant de la dépense réelle.

L'indemnisation des soins effectués à l'étranger demeure subordonnée à la prise en charge par la CAMIEG ; l'assuré devra, notamment, adresser à l'organisme gestionnaire la copie de tous les documents envoyés à la CAMIEG.

Pour être recevable, toute demande de prestation doit être présentée dans un délai de deux ans à compter de la date d'émission du décompte par l'organisme d'assurance maladie. Pour les actes hors nomenclature, le délai est de deux ans par rapport à la date des soins.

Le délai de réclamation est de deux ans après la date d'émission du relevé de prestations par le gestionnaire.

ARTICLE 7 : Cotisations

Les cotisations des assurés sont dues mensuellement et d'avance. Le recouvrement des cotisations relève de la responsabilité exclusive de l'organisme gestionnaire.

L'assuré qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, quarante jours après sa mise en demeure effectuée par le gestionnaire.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure, ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard six mois après l'échéance ayant donné lieu à la mise en demeure.

Lorsque le paiement n'intervient pas dans le délai de six mois après la date d'échéance pour laquelle a été effectuée la mise en demeure, l'adhérent ainsi que lesdits bénéficiaires éventuellement inscrits sur son dossier seront radiés avec pour date d'effet la date d'échéance majorée de 6 mois.

ARTICLE 8 : Révision de la cotisation

Les évolutions de la cotisation proposées conjointement par le Souscripteur et la Mutuelle donneront lieu à la rédaction d'un avenant.

Le Souscripteur informera les adhérents de cette évolution de cotisation, les adhérents pourront valablement exercer leur droit à résiliation.

ARTICLE 9 : Subrogation

La Mutuelle de France Prévoyance est subrogée de plein droit à son assuré 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 de France Prévoyance 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.

ARTICLE 10 : Résiliation

1. Résiliation à l'initiative de l'assuré

L'assuré peut mettre fin individuellement à son adhésion annuellement par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme gestionnaire **au moins quinze jours avant le 31 décembre de l'année**. La résiliation de l'assuré entraîne celle des ayants droit.

L'assuré qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre à l'adresse de l'organisme gestionnaire avant le 31 mars de l'année suivant sa radiation, le cachet de la poste faisant foi. Son adhésion sera alors maintenue en continuité dans la même garantie et avec les mêmes ayants droit qu'antérieurement à sa résiliation.

2. Résiliation à l'initiative de la CCAS

Le Souscripteur peut mettre fin au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle sous réserve d'un délai de préavis d'au moins 2 mois avant le 31/12 de chaque année.

L'information des adhérents sur la résiliation à l'initiative du Souscripteur et ses conséquences sur la situation de l'adhérent est sous la responsabilité du Souscripteur.

3. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle de France Prévoyance :

La Mutuelle de France Prévoyance peut mettre fin au contrat collectif par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la C.C.A.S sous réserve d'un préavis de 6 mois au moins avant le 31/12 de chaque année.

L'information des adhérents sur la résiliation à l'initiative de la Mutuelle et ses conséquences sur la situation de l'adhérent est sous la responsabilité du Souscripteur.