

# NOTICE d'information

CONTRAT D'ASSURANCE CSMR N° 93006 PNA 01

## Préambule

La présente notice d'information vous précise les garanties et les prestations auxquelles vous pouvez prétendre au titre du contrat collectif à adhésion facultative CSMR 93006PNA01 souscrit par la Caisse Centrale des Activités Sociales du personnel des Industries Électriques et Gazières, auprès de Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIREN 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 Solimut Mutuelle de France. La gestion administrative du contrat (appel de cotisation, encaissement, recouvrement et règlement de prestations) a été confiée à Solimut Mutuelle de France, le cabinet Prévère ayant en charge les tâches relatives à l'intermédiation.

## Souscripteur : la CCAS

La CCAS - Caisse Centrale d'Activité Sociales du personnel des Industries Électrique et Gazière.

- CCAS - Immeuble René de Guen - 8 rue de Rosny BP 629 - 93104 Montreuil Cedex

## Solimut Mutuelle de France : organisme assureur et gestionnaire

- Solimut Mutuelle de France Castel Office, 7 quai de la Joliette 13002 Marseille
- SIREN n° 383143617 Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité

## Intermédiaire d'Assurance :

### Prévère

- PREVERE - 46 rue la Boétie 75008 Paris
- N° ORIAS : 07004210

## Art. 1 : Objet du contrat - Nature des garanties

Ce contrat permet d'obtenir le remboursement des dépenses de santé figurant au tableau de garanties annexé en complément ou non d'un remboursement préalable par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électrique et Gazière (Camieg).

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. Les soins non pris en charge par la CA-

MIEG et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge par le contrat CSMR.

Vous bénéficiez de Renforts de garanties et d'une diminution du Reste à Charge avec l'option Confiance.

En plus des garanties que couvre CSMR, l'option Confiance vous permet d'accéder à la participation des remboursements sur :

- les consultations auprès de psychologues ;
- les lentilles présent en charges (2<sup>e</sup> équipement) ;
- les frais d'accompagnement médecine et chirurgie (pour les adultes de plus de 70 ans) ;
- les forfaits équipements Handicap (équipements et réparations - hors entretien).

## Art. 2 : Qui peut adhérer ?

Tout ouvrant droit à la Camieg (article 23 du statut des agents des IEG), résidant en France et Outre-Mer, dans les conditions suivantes :

- les agents qui entrent en inactivité ou déjà en inactivité pourront adhérer au présent contrat sans aucun délai de carence.

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.

### Art. 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 ;
- le mandat SEPA accompagné d'un RIB avec BIC et IBAN.

Si vous êtes déjà adhérent CSMR et que vous adhérez à l'option Confiance, la date d'effet de l'adhésion est subordonnée à la transmission du document suivant :

- le bulletin de modification dûment complété.

Aucun délais de carence n'est appliqué pour l'adhésion à l'option Confiance.

La date d'effet sera alors le premier jour du mois en cours si toutes les pièces parviennent à l'organisme gestionnaire avant le 10 du mois, sauf dispositions particulières précisées sur le bulletin individuel d'adhésion. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant, sauf dispositions particulières précisées sur le bulletin individuel d'adhésion. L'adhésion est conclue pour la durée restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

### Art. 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 exigences personnelles 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 ».

### Art. 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 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.

### Art. 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(e) des décomptes originaux de la Camieg et éventuellement de toutes autres pièces complémentaires que l'organisme gestionnaire jugera utile au paiement des prestations. La télétransmission directe entre la Camieg et la Mutuelle 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(e) devra, notamment, adresser à l'organisme gestionnaire la copie de tous les documents envoyés à la Camieg. Les soins non pris en charge par la CAMIEG et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge par le contrat CSMR.

Pour être recevable, toute demande de prestation doit être présentée dans un délai de 2 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 2 ans par rapport à la date des soins.

Le délai de réclamation est de 2 ans après la date d'émission du relevé de prestations par le gestionnaire.

### Art. 7 : Cotisations

Les cotisations des assuré(e)s sont dues mensuellement et d'avance. Le recouvrement des cotisations relève de la responsabilité exclusive de Solimut Mutuelle de France.

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 sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa 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 cotisation. 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 à midi du paiement. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

### Art. 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 de résiliation.

### Art. 9 : Subrogation

Solimut Mutuelle de France 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 Solimut Mutuelle de France a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

### Art. 10 : Résiliation

#### 10.1 Résiliation à l'initiative de l'assuré(e)

L'assuré(e) peut mettre fin individuellement à son adhésion annuellement par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année en cours. La résiliation de l'assuré(e) entraîne celle de ses ayants droit.

L'assuré(e) qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre à l'adresse de Solimut Mutuelle de France 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.

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, la demande de radiation peut être effectuée à tout moment.

La résiliation prend effet un mois après la formulation de la demande, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la Mutualité.

L'assuré(e) peut également mettre fin à l'adhésion d'un ayant droit uniquement, tout en maintenant son adhésion en tant qu'ouvrant droit. Pour cela, l'assuré(e) le notifie par lettre à l'adresse de de Solimut Mutuelle de France. La radiation de l'ayant droit prendra effet le mois suivant la réception de la demande de radiation.

#### 10.2 Résiliation à l'initiative de la CCAS

Le Souscripteur peut mettre fin, à tout moment, au contrat par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, adressée à la Mutuelle. La résiliation prend effet un mois après la formulation de la demande, conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la Mutualité.

Le souscripteur peut également mettre fin au contrat à son échéance annuelle sous réserve d'un délai de préavis d'au moins 2 mois avant le 31 décembre 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.

#### 10.3 Résiliation à l'initiative de Solimut Mutuelle de France

Solimut Mutuelle de France peut mettre fin au contrat collectif par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la CCAS sous réserve d'un préavis de 6 mois au moins avant le 31 décembre 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.

### Art. 11 : Prescription

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent, 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 l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre,

résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

### Art. 12 : Indu

Dans le cadre des dispositions légales, les sommes versées à tort par la Mutuelle peuvent être récupérées auprès de la personne qui les a perçues. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception du courrier de régularisation envoyé par la Mutuelle. 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 à acquitter. À égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement. En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Solimut Mutuelle de France pourra engager une procédure judiciaire.

### Art. 13 : Renonciation

Pendant un délai de 14 jours 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)  
M .....  
(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Contrat d'assurance Surcomplémentaire santé n° CSMR 93006 PNA 01 souscrit le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.*

*Fait à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (date de renonciation et signature).*

La cotisation lui sera restituée.

### Art. 14 : Protection des données

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont

nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, ré-assureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protec-

tion des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux. Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à [dpo.smf@solimut.fr](mailto:dpo.smf@solimut.fr) ;
- soit par courrier à DPO - SMF, UGM Solimut Mutuelle de France, Castel Office, 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir

son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

## **Art. 15 : Informations devant être communiquées**

### **15.1 Par le Souscripteur aux adhérents**

Il sera remis à chaque adhérent : les statuts de Solimut Mutuelle de France, le guide pratique CSMR contenant notamment la notice d'information.

### **15.2 Par l'adhérent**

L'assuré(e) 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.

## **Art. 16 : Réclamation**

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

- **Solimut Mutuelle de France**  
Service CSMR - Réclamation  
TSA 21123  
06709 Saint Laurent du Var Cedex

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 Mutualité Française 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 Mutualité Française 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-mutualiste.fr/saisir-le-mediateur/>

Le Médiateur, personnalité extérieure à Solimut Mutuelle de France, 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.

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.

## **Art. 17 : Intermédiation et gestion**

Les tâches inhérentes à l'intermédiation et à la gestion du contrat sont prises en charge selon leur nature par SOLIMUT Mutuelle de France et par Pré-vère pour toutes questions relatives à l'adhésion du contrat CSMR et de son option.

## **Art. 18 : Coûts liés à la vente à distance**

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