

Préambule

Energie Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 419 049 499

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 le contenu et la durée des engagements existant entre les membres participants, personnes physiques et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 2. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

A ces garanties peuvent s'ajouter :

- une garantie d'assistance familiale pour les conséquences soudaines d'accident ou de maladie non prévue et non chronique ;
- une garantie de Perte d'Autonomie - Dépendance ;
- une garantie de Téléconsultation Médicale et de Second Avis Médical.

ARTICLE 3. Les membres participants

Les membres participants de la Mutuelle sont les personnes physiques immatriculées sous leur propre numéro NIR (communément désigné numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale) qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Peuvent bénéficier du présent Règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la Mutuelle et assurant un paiement régulier de leur cotisation.

ARTICLE 4. Les ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent Règlement et ont la qualité d'ayant droit les personnes physiques mineures et majeures définies ci-après :

- le conjoint ou concubin du membre participant, ou la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
- les enfants mineurs de moins de 18 ans du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) inscrits sur le numéro d'immatriculation du membre participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- les enfants majeurs âgés de 18 ans à 26 ans du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS poursuivant leurs études inscrits sur le numéro d'immatriculation Sécurité sociale du membre participant ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur propre numéro d'immatriculation Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sur le numéro d'immatriculation Sécurité sociale du membre participant ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%. Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n° 2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 ;
- les ascendants à charge du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ou non ;
- toute personne à charge autre que les personnes désignées ci-avant du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculée sous leur propre numéro de Sécurité sociale ou non ;
- toute personne à charge autre que les personnes désignées ci-avant d'un enfant inscrit du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie immatriculée sous leur propre numéro de Sécurité sociale ou non.

ARTICLE 5. Bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 3 et les ayants droit définis à l'article 4 sont désignés sous le terme bénéficiaires.

ARTICLE 6. Répartition des bénéficiaires

Les bénéficiaires se répartissent selon les garanties suivantes :

6-1. Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités :

- Option 1 SODELI ;
- Option 1 bis eSODELI ;
- Option 2 CORT ;
- Option 2 bis eCORT.

6-2. Membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et pas de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités :

- SOCLE (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
- SOUPLASSE (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
- EQUILIBRE IEG (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
- CONFORT IEG (fermée aux nouvelles adhésions de membres participants salariés statutaires et retraités au 01/01/2011) ;
- AIN 3^e niveau (fermée aux nouvelles adhésions au 01/01/2009) ;
- EQUILIBRE MEDECINS et eEQUILIBRE MEDECINS ;
- CONFORT MEDECINS et eCONFORT MEDECINS.

6-3. Membres participants conjoints d'un agent actif ou retraité des IEG ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) et ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières mais garantis par un premier régime complémentaire au régime de Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle :

- EQUILIBRE R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- EQUILIBRE R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- CONFORT R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- eCONFORT R2 (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG).

6-4. Membres participants ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) pour lesquels Energie Mutuelle intervient comme premier régime complémentaire au régime de Sécurité sociale :

- EQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eEQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - CONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - eCONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
 - OXYGENE Option 1 et 2 ;
 - ESSENTIEL Option 1 et 2 ;
 - Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ;
 - Contrat de Sortie de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (Contrat de Sortie CMU-C).
- Les conditions d'accès et la grille des prestations de chaque garantie sont précisées dans un document joint au bulletin d'adhésion et sur le site du fonds CMU.

TITRE II – ADHÉSION - MUTATION - RÉSILIATION
ARTICLE 7. Modalités d'adhésion

7-1. L'adhésion du membre participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Le membre participant indique sur le bulletin d'adhésion la garantie choisie. Il s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées auxquelles peut être joint un mois de cotisation. 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.

7-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois en cours si le dossier complet comprenant nécessairement le bulletin d'adhésion et, éventuellement, la première cotisation, les photocopies de l'attestation papier de la carte Vitale de chacun des membres de la famille, le certificat de radiation, le mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire accompagné d'un RIB est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré (cachet de la poste faisant foi) ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

7-3. 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 le contrat est rompu par radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux Statuts.

7-4. 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 ou un de ses ayants droit, 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.

7-5. 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.

7-6. 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 :

- changement 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 ;
 - travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
 - attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
 - décès ;
 - changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire.
- changement de situation professionnelle, notamment :
 - rupture de contrat de travail (licenciement, démission, départ à la retraite, changement de site...).

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 8. 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 et leurs ayants droit, 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 9. Conditions d'âge à l'adhésion

Les membres participants adhérant dans une catégorie individuelle doivent être âgés lors de l'adhésion initiale de :

- moins de 65 ans pour les catégories OXYGENE et ESSENTIEL ;
- sans limite d'âge pour les autres garanties.

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.

ARTICLE 10. Mutations internes

Toute mutation interne est soumise à la condition préalable suivante : toutes les dettes dues à la Mutuelle (cotisations ou prestations indues) devront être payées par le membre participant.

10-1. Mutation d'une garantie collective assurée par la Mutuelle à une garantie individuelle telle que définie à l'article 6 du Règlement Mutualiste

Tout membre participant quittant un groupe inscrit dans le cadre d'une opération collective peut maintenir son affiliation dans le cadre d'une garantie individuelle ouverte à tout bénéficiaire ou dans le cadre d'une garantie individuelle correspondant à sa situation au regard de la protection sociale tant obligatoire que spécifique à la branche des Industries Electriques et Gazières.

10-2. Mutation d'une garantie individuelle à une autre garantie individuelle

La demande doit être effectuée par écrit au siège de la Mutuelle.

La mutation aura pour date d'effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la date d'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

La mutation est impossible si la date d'adhésion du membre participant et la date d'effet de la mutation impliquent que le droit aux prestations tel que défini à l'article 17-3 n'est pas ouvert dans la nouvelle garantie demandée.

Après une première mutation, aucune autre mutation ne pourra être effectuée pendant une période de 2 ans.

Par exception aux deux alinéas précédents, lorsque la demande est justifiée par la modification de la situation familiale (mariage, séparation, divorce, naissance, décès, etc.) ou professionnelle (début ou fin de chômage, retraite, etc.) 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 le 1^{er} jour du mois suivant l'envoi de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 11. Perte de la qualité du membre participant

11-1. Résiliation par le membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion annuellement par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année, sous réserve de l'application des dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité, pour effet au 31 décembre à minuit.

Le membre participant qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre à l'adresse de la Mutuelle 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.

La modification éventuelle de la garantie d'affiliation suivra les dispositions de l'article 10-2. La modification éventuelle des ayants droit suivra les dispositions de l'article 15-2.

La demande d'une date d'effet différente du 1^{er} janvier ainsi que la demande effectuée à une date ultérieure au 31 mars seront considérées comme une nouvelle adhésion pour laquelle le droit aux prestations sera nécessairement soumis aux délais prévus à l'article 17-3.

11-2. Résiliation liée aux conditions d'adhésion

Lorsque le membre participant a informé la Mutuelle par écrit qu'il ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie individuelle, du fait d'un changement de profession, du départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, la Mutuelle lui propose une mutation dans une autre garantie individuelle telle que définie à l'article 6-1.

Sont notamment concernés les membres participants des garanties SODELI, eSODELI, CORT et eCORT, notamment lorsqu'ils quittent les Industries Electriques et Gazières ou font valoir leurs droits à la retraite.

Le refus par le membre participant de la proposition vaut résiliation de sa part avec comme date d'effet le dernier jour du mois suivant la réception de son premier courrier. Dans ce cas, le membre participant sera remboursé de la fraction de cotisation déjà réglée pour la période à compter de la date d'effet de la résiliation.

11-3. 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 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 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 à midi du paiement. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

Après radiation, le membre participant peut adhérer à nouveau : deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

11-4. Lors d'un rejet de prélèvement pour motif « titulaire décédé », si les héritiers ne se sont pas manifestés dans les 3 mois suivant le rejet, la garantie est clôturée au cours du mois du rejet de prélèvement.

ARTICLE 12. Adhésion des ayants droit

12-1. L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par le même bulletin d'adhésion que celui visé au 7-1. L'article 7-2 s'applique de la même façon.

Pour les garanties Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 CORT, Option 2 bis eCORT, EQUILIBRE IEG, CONFORT IEG, SOCLE et SOUPLASSE, les ayants droit doivent obligatoirement justifier de leur affiliation à la Camieg.

Pour les garanties Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 CORT et Option 2 bis eCORT, les ayants droit sont les mêmes que ceux du dossier de l'ouvrant droit au titre de la CSM ou de la CSMR ou de la CSM CCAS.

12-2. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concrétisée par une demande de modification correctement et complètement remplie et signée par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant. La date d'effet est régie par l'article 7-2.

Cependant, en cas de naissance, la date d'effet de l'adhésion sera :

- le 1^{er} jour du mois de naissance lorsque l'inscription du nouveau-né ne modifie pas le montant de la cotisation mensuelle du membre participant ;

- le 1^{er} jour du mois de naissance avec paiement de la cotisation mensuelle complète ou le 1^{er} jour d'un des 3 mois suivant la naissance lorsque l'inscription du nouveau-né modifie la cotisation mensuelle du membre participant. Le choix de la date d'effet relève alors du membre participant.

12-3. L'adhésion des éventuels ayants droit est nécessairement effectuée dans la même garantie que celle du membre participant.

ARTICLE 13. Conditions d'âge à l'adhésion des ayants droit

Les conditions d'âge prévues à l'article 9 s'appliquent lors de l'adhésion d'un ayant droit.

ARTICLE 14. Mutations internes des ayants droit

Les mutations des ayants droit suivent les règles applicables à l'article 10.

ARTICLE 15. Perte de la qualité d'ayant droit

15-1. Lorsque le membre participant perd cette qualité conformément à l'article 11, ses ayants droit perdent simultanément la qualité de bénéficiaires.

15-2. Seul le membre participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, annuellement, par courrier adressé à la Mutuelle au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année (cachet de la poste faisant foi), pour effet au 31 décembre à minuit.

15-3. Lorsque l'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 proposer à l'ayant droit concerné de devenir membre participant.

L'acceptation est matérialisée par une notification écrite du bénéficiaire concerné, adressée à la Mutuelle et éventuellement accompagnée du 1^{er} mois de cotisation correspondante.

15-4. 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 15-3.

TITRE III – PRESTATIONS SANTÉ**ARTICLE 16. Définition des prestations**

La nature des prestations fournies aux bénéficiaires de la Mutuelle comporte les rubriques ci-dessous au titre des branches 1 et 2.

Soins courants

- visites et consultations de médecins généralistes
- visites et consultations de médecins spécialistes
- actes techniques médicaux
- actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie
- auxiliaires médicaux
- analyse, prélèvements
- pharmacie

Optique**Dentaire**

- soins
- prothèses
- orthodontie
- implants
- parodontologie

Appareillage

- orthopédie et prothèses médicales
- prothèses auditives
- autres appareillages

Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

- frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération
- forfait journalier
- frais d'accompagnant
- chambre particulière
- frais de transport

Autres prestations

- cure thermale
- vaccins
- détartrage des dents
- ostéodensitométrie
- pack Prévention
- pilule contraceptive dite de 3^e ou 4^e génération
- forfait équipement handicap
- aide-ménagère, travailleuse familiale

Chaque garantie donne lieu à une grille de prestations jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion pour les opérations individuelles et fournie en annexe au contrat.

ARTICLE 17. Ouverture du droit aux prestations

17-1. 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 d'un premier organisme complémentaire ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

17-2. 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 Obligatoire 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, 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.

17-3. Pour les bénéficiaires des garanties SOCLE, SOUPLASSE, EQUILIBRE IEG, CONFORT IEG, AIN 3^e niveau, EQUILIBRE MEDECINS, eEQUILIBRE MEDECINS, CONFORT MEDECINS, eCONFORT MEDECINS, EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2, EQUILIBRE AM, eEQUILIBRE AM, CONFORT AM, eCONFORT AM, OXYGENE option 1 et 2 et ESSENTIEL option 1 et 2, le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion.

Pour les bénéficiaires des garanties : Option 1 SODELI, Option 1 bis eSODELI, Option 2 CORT et Option 2 bis eCORT, le droit aux prestations est ouvert :

- à la date d'effet de l'adhésion pour les bénéficiaires de la CSM ou de la CSM CCAS ;
- à la date d'effet de l'ouverture du droit aux prestations pour les bénéficiaires de la CSMR.

17-4. La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de référence définie ci-avant.

17-5. Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents 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 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.

ARTICLE 18. Conditions générales

18-1. Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au 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 seize ans ou plus) ;

- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18^e 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 par l'Assurance Maladie ;

- toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics.

18-2. 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.

18-3. 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.

Pour les garanties EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2, eCONFORT R2, SODELI, eSODELI, CORT et eCORT, 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 du membre participant 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.

18-4. 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.

18-5. En cas d'exonération du ticket modérateur pour un bénéficiaire, les montants de remboursements assurés par l'Energie Mutuelle sont diminués à due proportion.

18-6. 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.

18-7. Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de réhabilitation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

18-8. Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés, pour le remboursement, à la chirurgie correctrice non prise en charge par la Sécurité sociale.

18-9. Les prestations spécifiques pour personnes en situation de handicap sont versées après communication à la Mutuelle d'une copie de la carte d'invalidité faisant apparaître un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% déterminé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de la Carte Mobilité Inclusion mention « Invalidité ». Elles sont étendues aux bénéficiaires pour lesquels le Bureau a donné son accord après proposition de la Commission d'Entraide Sociale. Tout justificatif complémentaire pourra être demandé par la Mutuelle afin qu'elle puisse étudier la demande de remboursement.

18-10. En dentaire, le devis fourni par le membre participant peut être examiné par le chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge du membre participant.

18-11. 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.

18-12. 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 descriptives des garanties, le montant indiqué par la Mutuelle sera celui 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.

18-13. 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 associées et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie.

18-14. Pour toutes les garanties (sauf EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2 et eCONFORT R2, qui n'ont pas le caractère de contrat responsable), sont appliqués en outre les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) notamment en ce qui concerne :

- la prise en charge du ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exception des médicaments remboursés à 15%, de l'homéopathie et des équipements optiques - monture et verres - dans le cas où le forfait de la Mutuelle a déjà été versé) ;
- la prise en charge illimitée du forfait journalier dans les établissements hospitaliers ;
- le respect du plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des actes de médecins selon les modalités suivantes : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) est limitée de la façon suivante :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- de plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge ;

- ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) ;

- en revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) ne font pas l'objet d'un plafonnement.

- le respect de la périodicité, des planchers et des plafonds des équipements (monture et verres) optique : le remboursement est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.

18-15. Pour les garanties EQUILIBRE R2, eEQUILIBRE R2, CONFORT R2 et eCONFORT R2, qui n'ont pas le caractère de contrat responsable, sont appliquées en complément des points 18-1 à 18-13 les dispositions suivantes :

- en fonction de la garantie souscrite, la participation de la Mutuelle est limitée à un ou deux équipements par année civile et par bénéficiaire pour les verres et les montures d'une part, pour les lentilles correctrices non jetables d'autre part ;

- l'absence de segmentation des remboursements des visites et consultations des médecins généralistes, spécialistes, des actes techniques médicaux et honoraires dans le cadre d'une hospitalisation entre médecins signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) et médecins non signataires ;

- la prise en charge du ticket modérateur si la Mutuelle de 1^{er} niveau ne le prend pas en charge.

ARTICLE 19. Versement des prestations

19-1. En cas de télétransmission

Le membre participant et ses éventuels ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lorsque ceux-ci sont transmis à l'Energie Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par l'Energie Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque le membre participant 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 l'Energie Mutuelle les décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et les factures détaillées et acquittées.

19-2. A défaut de télétransmission

Dans le cas de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à l'Energie Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie 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 « responsable », de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge du membre participant ou à celle de ses ayants droit.

Pour les garanties ayant le caractère de contrat responsable, à défaut d'information sur les décomptes du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le cas échéant d'un organisme complémentaire, il appartient au membre participant de fournir à la Mutuelle la justification de l'adhésion du médecin à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens). En l'absence d'information, les prestations seront versées sur la base de celles prévues pour les médecins non signataires à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens).

19-3. 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 n° 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 pour 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 de tarifs de responsabilité.

19-4. 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 d'un premier organisme complémentaire ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

Tout justificatif sera demandé notamment dans le domaine de l'optique et des actes pratiqués par des médecins afin que les prestations versées au titre des garanties à caractères de contrat responsable respectent les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

19-5. Le remboursement des actes d'ostéopathe, de diététicien(nes) et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADEL (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.

19-6. Les prestations sont versées sur le compte de l'ouvrant droit pour tous les bénéficiaires de l'adhésion sauf si l'un de ceux-ci, âgé de plus de 16 ans, demande à les recevoir individuellement.

19-7. 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 le membre participant a choisi l'envoi par Internet.

19-8. Prescription

Toute action dérivant de l'application du présent Règlement 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. 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 d'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. 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.

19-9. Indus

Dans le cadre des dispositions légales, les sommes versées à tort par la Mutuelle peuvent être récupérées auprès de la personne qui 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 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, l'Energie Mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

ARTICLE 20. 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 :

- 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 :

- du remboursement de l'Assurance Maladie ;
- ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

La Mutuelle rembourse sur la base des taux et la base des remboursements 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 – COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CMU-C) ET CONTRAT DE SORTIE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE (CONTRAT DE SORTIE CMU-C)

ARTICLE 21. CMU-C et Contrat de Sortie CMU-C

21-1. Conditions de souscription à la garantie « CMU-C » et « Contrat de Sortie CMU-C »

Le « Complément CMU-C » est une garantie à destination des personnes entrant dans le dispositif de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et ayant choisi l'Energie Mutuelle comme organisme complémentaire gestionnaire, au titre de l'article L.861-4b du Code de la Sécurité sociale.

21-2. Période de validité et ouverture des droits

La garantie CMU-C a pour validité celle prévue par la loi, les décrets et les arrêtés afférents à la CMU-C. Conformément à ceux-ci, à l'échéance de la CMU-C sans prorogation, l'Energie Mutuelle propose au membre participant le Contrat de Sortie CMU-C.

21-3. Définition des prestations

La liste des prestations servies sont celles définies par les lois, décrets et arrêtés afférents à la CMU-C.

21-4. Cotisations

Les membres participants couverts au titre du Contrat de Sortie CMU-C sont tenus de régler une cotisation dont le montant est fixé par arrêté.

TITRE V – COTISATIONS

ARTICLE 22. Cotisations

22-1. Pour les opérations individuelles, le montant de la cotisation mensuelle 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.

22-2. Les cotisations des membres participants sont dues mensuellement et d'avance.

22-3. En cas de décès d'un bénéficiaire, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

22-4. Pour les membres honoraires, personnes physiques, la cotisation annuelle est annexée avec le tableau des cotisations en vigueur ou envoyée à la fin de l'année avec l'échéancier annuel.

22-5. Lorsqu'une modification de la cotisation due par le membre participant est consécutive à un changement de tranche d'âge, la nouvelle cotisation est perçue à partir du 1^{er} jour du mois suivant son anniversaire.

22-6. Lorsque la cotisation tient compte de son revenu, le membre participant est tenu de porter à la connaissance de la Mutuelle les éléments permettant d'en valider le montant dans les 2 mois suivant la demande de celle-ci. A défaut, il est fait application de la cotisation la plus élevée à effet du 1^{er} avril de l'exercice.

22-7. Lorsqu'une modification de la cotisation due par le membre participant est consécutive à un changement de la garantie d'adhésion ou à la perte de la qualité d'ayant droit telle que prévue à l'article 15, la Mutuelle procède à la régularisation des cotisations. Celle-ci peut être effectuée, à la demande du membre participant, pour une période antérieure à la date de réception de l'information pour une période limitée à 1 an.

22-8. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 23. 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'indemnisent 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 24. Nullité de la garantie

24-1. Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant et à ses ayants droit 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.

24-2. 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 dans le cadre des règlements 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 au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 25. 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 FNM dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNM - 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 l'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.

TITRE VII – AUTRES GARANTIES INCLUSES

ARTICLE 26. Energie Mutuelle Services

26-1. Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la Mutuelle ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance familiale. Cette garantie est souscrite par la Mutuelle auprès de Mondial Assistance.

26-2. Cette garantie intervient pour les conséquences soudaines d'accident ou de maladie non prévue et non chronique.

26-3. Energie Mutuelle Services doit être contacté dès lors que les services de secours, la solidarité naturelle des proches ou encore les prestations habituelles dues par les organismes sociaux ou les employeurs ne peuvent pas répondre aux besoins du bénéficiaire. Le service doit être contacté avant la fin de la maladie ou de l'hospitalisation, pour que les garanties soient acquises dès le premier jour de leur mise en œuvre.

26-4. Les prestations sont les suivantes :

• Assistance Hospitalisation

Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, garde ou transport d'ascendants résidant sous le même toit, garde d'animaux familiers d'espèce courante, aide-ménagère.

• Assistance informations médicales

En cas d'accident ou de maladie subite à domicile, recherche d'un médecin, transport à l'hôpital, recherche d'un médicament.

• Assistance informations pratiques

Renseignement sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

26-5. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la Mutuelle.

ARTICLE 27. Energie Mutuelle Perte d'Autonomie - Dépendance

27-1. Objet

La Garantie Perte d'Autonomie - Dépendance a pour objet :

- de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au conjoint inscrit à la Mutuelle qui est en état de Dépendance Totale (GIR 1/GIR 2)*, une prestation mensuelle ;

- de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au conjoint inscrit à la Mutuelle qui est en état de Dépendance Partielle (GIR 3)*, une aide ponctuelle appelée Allocation Equipement ;

- de faire bénéficier le membre participant et/ou son conjoint inscrit d'une assistance Dépendance en cas de Dépendance Totale ou Partielle du membre participant, de son conjoint inscrit ou d'un ascendant direct du membre participant et/ou de son conjoint inscrit à la Mutuelle.

La garantie est annuelle et est reconduite chaque année dans les conditions fixées à l'article 5 des Statuts.

27-2. Définition de la Dépendance

- Est considéré en état de Dépendance Totale, le membre participant et/ou le conjoint affilié aux garanties définies aux articles 6-1, 6-3 et 6-4 dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008.

- Est considéré en état de Dépendance Partielle, le membre participant et/ou le conjoint affilié aux garanties définies aux articles 6-1, 6-3 et 6-4 dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans le Groupe Iso-Ressources 3 en application de la grille AGGIR précitée. L'état de Dépendance est apprécié à partir des Groupes Iso-Ressources (GIR) ci-après :

* GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

* GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

* GIR 3 : les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

Le classement en GIR 1, 2 et 3 est constaté par la production du titre d'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie). Si la personne n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, le classement en GIR est constaté par la Mutuelle au vu des éléments fournis par le médecin traitant du bénéficiaire.

27-3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance

Tout membre participant et/ou bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance, à l'exclusion de ceux qui, au 1^{er} janvier 2012, ou à la date d'adhésion à la Mutuelle s'ils adhèrent après le 1^{er} janvier 2012, et/ou qui pendant le délai de carence, se trouvent en état de Dépendance Totale ou Partielle ou qui ont recours à une aide régulière partielle ou totale pour accomplir les actes ordinaires de la vie ou qui sont invalides de 2^e ou 3^e catégorie.

- Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits au 1^{er} janvier 2012 un délai d'attente de 6 mois est appliqué et la garantie entre en vigueur au 1^{er} juillet 2012.

- Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits après le 1^{er} janvier 2012 un délai d'attente de 6 mois est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les membres participants et/ou le conjoint inscrits qui sont déclarés en état de Dépendance Totale ou Partielle ou en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie durant le délai d'attente de 6 mois ne sont pas éligibles à la garantie.

Pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits à la Mutuelle en Affection Longue Durée (ALD) reconnue par la Sécurité sociale, le délai d'attente est porté à 2 ans à compter du 1^{er} janvier 2012 pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits au 1^{er} janvier 2012 et à compter de la date d'effet de l'adhésion pour les membres participants et/ou le conjoint inscrits après le 1^{er} janvier 2012.

Tout état de Dépendance qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucun versement de prestations.

27-4. Effectif couvert

27-4.1 Prestation mensuelle

Sous réserve des conditions d'entrée définies à l'article 27-3 ci-dessus, bénéficient de la prestation mensuelle ci-après définie le membre participant et/ou son conjoint affilié à l'une des garanties suivantes :

- SODELI ;

- CORT ;

- EQUILIBRE AM ;

- CONFORT AM ;

- EQUILIBRE R2 ;

- CONFORT R2 ;

- EQUILIBRE MEDECINS ;

- CONFORT MEDECINS.

27-4.2 Allocation Equipement

Sous réserve des conditions d'entrée définies à l'article 27-3 ci-dessus, bénéficient de l'Allocation Equipement ci-après définie le membre participant et/ou son conjoint affilié à l'une des garanties suivantes :

- CORT ;

- CONFORT AM ;

- CONFORT R2 ;

- CONFORT MEDECINS.

27-5. Prestations

27-5.1 Modalités de versement et montant des prestations

Prestation mensuelle : la prestation est versée chaque mois à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR 1 ou 2 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

Le versement mensuel est égal à :

- garanties SODELI, EQUILIBRE AM, EQUILIBRE R2, EQUILIBRE MEDECINS : 100€.

- garanties CORT, CONFORT AM, CONFORT R2, CONFORT MEDECINS : 150€.

Allocation Equipement : la prestation est versée en une fois à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR 3 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

Le montant de l'Allocation Equipement est égal à :

- garanties SODELI, EQUILIBRE AM, EQUILIBRE R2, EQUILIBRE MEDECINS : Néant.

- garanties CORT, CONFORT AM, CONFORT R2, CONFORT MEDECINS : 1 000€.

Assistance Dépendance : un contrat d'assistance Dépendance et Aide aux Aidants est souscrit par la Mutuelle auprès de Mondial Assistance et donne lieu à la remise d'une notice d'information aux membres participants concernés.

En cas de changement d'option, la prestation mensuelle versée initialement reste inchangée.

27-5.2 Suspension du paiement de la prestation mensuelle

La prestation mensuelle est versée aussi longtemps que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est vivant et en état de Dépendance reconnu.

27-5.3 Cessation du paiement de la prestation mensuelle

La prestation mensuelle cesse d'être versée au 1^{er} jour du mois qui suit :

- la cessation de l'état de Dépendance Totale ;

- le décès.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la Mutuelle.

27-6. Modalités de gestion et de justification de l'état de Dépendance Totale ou Partielle : Prescription
Toute action dérivant de l'application de la notice mentionnée au 27-5.1 est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. 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. 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 paiements des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter du classement en GIR 1, 2, 3 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

27-6.1 Déclaration de l'état de Dépendance Totale ou Partielle

Dès réception de la demande des prestations relatives à la Dépendance Totale ou Partielle, la Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par le médecin-conseil de la Mutuelle.

27-6.2 Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal ;
- un document certifiant l'attribution de l'APA au demandeur, indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation, la date d'attribution et la date de révision éventuelle ;
- la notification Affection Longue Durée reconnue par la Sécurité sociale, le cas échéant ;
- si l'intéressé n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, un certificat médical dépendance rempli par le médecin de celui-ci et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle ;
- dans le cadre d'une mesure de protection, le jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle de l'intéressé ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Au cours du paiement des prestations, la Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de Dépendance Totale du bénéficiaire de la garantie. En cas de refus de sa part, le paiement des prestations cessera de plein droit.

27-7. Cotisations

La part de cotisations afférentes à la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance ci-avant désignée (Prestation mensuelle et Allocation Equipement) est intégrée à la cotisation globale de la garantie frais de santé. Elle est annuelle et révisable chaque année dans les conditions fixées à l'article 22-1 du présent Règlement.

Lorsque le membre participant « isolé » ou les deux membres du couple sont en situation de non-éligibilité à la garantie Dépendance, la cotisation perçue au titre de cette garantie est affectée aux échéances suivantes de la garantie frais de santé pour une période limitée à 2 ans.

Le montant de la cotisation à la garantie Perte d'Autonomie - Dépendance demeure identique lorsque l'un des 2 membres du couple n'est pas éligible à cette garantie.

ARTICLE 28. Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale

28-1. Objet

La garantie Téléconsultation Médicale est souscrite par la Mutuelle auprès d'AXA Assistance.

Elle a pour objet de permettre aux bénéficiaires :

- de consulter gratuitement à distance des professionnels médicaux salariés d'AXA Assistance via une plate-forme téléphonique accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;
- d'accéder à des informations générales sur la santé ;
- d'être orientés vers son Médecin traitant ou un spécialiste dans le respect du parcours de soins pour exercer son libre choix médical ; dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic.

28-2. Sont couverts par la garantie les bénéficiaires de l'un des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie Mutuelle (EQUILIBRE R2, EQUILIBRE AM, CONFORT R2, CONFORT AM, SODELI, CORT, OXYGENE et ESSENTIEL) dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire dans le tableau de garanties.

28-3. Modalités de mise en œuvre de la garantie

L'appel, dans le cas d'un enfant mineur ou d'un majeur sous tutelle, doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou de la tutelle.

28-4. Exclusions

Sont exclus de la Téléconsultation Médicale :

- les Téléconsultations lorsque l'équipe médicale identifie une urgence médicale ;
- les demandes de Téléconsultations avec un autre Médecin qu'un Médecin Généraliste ;
- les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;
- les prescriptions d'arrêt de travail ;
- les certificats médicaux.

28-5. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la Mutuelle.

ARTICLE 29. Energie Mutuelle Second Avis Médical

29-1. Objet

La garantie Second Avis Médical est souscrite par la Mutuelle auprès d'AXA Assistance.

Elle a pour objet de permettre aux bénéficiaires :

- de recevoir un avis médical complémentaire par un Médecin expert concernant une maladie lui ayant été diagnostiquée.

29-2. Sont couverts par la garantie les bénéficiaires de l'un des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie Mutuelle (EQUILIBRE R2, EQUILIBRE AM, CONFORT R2, CONFORT AM, SODELI, CORT, OXYGENE et ESSENTIEL) dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire dans le tableau de garanties.

29-3. Modalités de mise en œuvre de la garantie

L'utilisation du Second Avis Médical est limitée à une intervention par année d'assurance par bénéficiaire. Dès réception du dossier médical complet du bénéficiaire et après examen de celui-ci par l'Equipe Médicale d'AXA Assistance, AXA Assistance recherche un Médecin expert spécialisé dans la maladie diagnostiquée à l'assuré et lui transmet le dossier médical de l'assuré pour avis. Après étude du dossier médical du bénéficiaire, le Médecin expert adressera sa réponse à AXA Assistance.

Dès réception de l'avis du Médecin expert, AXA Assistance s'engage à transférer la réponse du Médecin au bénéficiaire dans un délai de dix (10) jours ouvrés.

29-4. Exclusions

Sont exclus du service de Second Avis Médical :

- toute demande de Second Avis Médical ne faisant pas l'objet d'un premier diagnostic rendu par toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en cours de validité, en France ;
- les Maladies présentant un caractère d'urgence : toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement.

29-5. Une description complète de la garantie est fournie lors de l'adhésion à la Mutuelle.

TITRE VIII – MODIFICATIONS DU PRÉSENT RÈGLEMENT – INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 30. Divers

30-1. 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.

30-2. Information des membres participants

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie numérique ou postale, les Statuts, le Règlement Intérieur 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.

30-3. Modifications de la législation sociale

Le présent Règlement est établi en fonction de la législation sociale 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. Il en va notamment ainsi en cas de modifications intervenant sur le contenu des contrats responsables prévus aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

30-4. Information de la Mutuelle

Le membre participant inscrit au titre des opérations individuelles informe la Mutuelle des modifications intervenues dans sa situation familiale et/ou professionnelle 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.

30-5. 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.

30-6. 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 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, de portabilité 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

30-7. Contrôle

30-7-1 L'ACPR

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

30-7-2 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.

30-8. Législation

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

30-9. 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.

30-10. 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).

30-11. Liste des annexes

Le présent Règlement comprend les annexes suivantes :

- Annexe 1 : Energie Mutuelle Services
- Annexe 2 : Energie Mutuelle Assistance Dépendance
- Annexe 3 : Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale
- Annexe 4 : Energie Mutuelle Second Avis Médical



Les informations contenues dans le présent document peuvent être amenées à évoluer. Consultez le site Internet www.energiemutuelle.fr pour prendre connaissance des dernières mises à jour.