



Notice d'information CSMR

**NOTICE D'INFORMATION
DÉDIÉE AUX AGENTS IEG
& LEUR FAMILLE**

CSMR - Janvier 2026

**LA SOLIDARITE
C'EST NOTRE
PROTECTION**



www.ccas.fr

Solimut
 **utuelle**
de France

GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

GARANTIE

CSMR

SOMMAIRE

Renseignements

Notice d'information

ARTICLE 1 -	OBJET DU CONTRAT – NATURE DES GARANTIES	4
ARTICLE 2 -	QUI PEUT ADHÉRER ?	4
ARTICLE 3 -	DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION	5
ARTICLE 4 -	EXCLUSIONS	5
ARTICLE 5 -	PRESTATIONS	5
ARTICLE 6 -	RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	5
ARTICLE 7 -	COTISATIONS	5
ARTICLE 8 -	RÉINTÉGRATION SUITE À RADIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	6
ARTICLE 9 -	RÉVISION DE LA COTISATION	6
ARTICLE 10 -	SUBROGATION	6
ARTICLE 11 -	RÉSILIATION	6
ARTICLE 12 -	CESSATION DE LA GARANTIE	6
ARTICLE 13 -	PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE	7
ARTICLE 14 -	PIÈCES À FOURNIR LORS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT	7
ARTICLE 15 -	SOINS À L'ÉTRANGER	7
ARTICLE 16 -	PRESCRIPTION	7
ARTICLE 17 -	LIMITE DE REMBOURSEMENT	8
ARTICLE 18 -	INDU	8
ARTICLE 19 -	RENONCIATION	8
ARTICLE 20 -	PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	8
ARTICLE 21 -	LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME	9
ARTICLE 22 -	INFORMATIONS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES	9
ARTICLE 23 -	FAUSSE DÉCLARATION	9
ARTICLE 24 -	RÉCLAMATION ET MÉDIATION	10
ARTICLE 25 -	INTERMÉDIATION ET GESTION	10
ARTICLE 26 -	OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	10
ARTICLE 27 -	VENTE À DISTANCE	10
ARTICLE 28 -	DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE	10
ARTICLE 29 -	DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DU DÉMARCHAGE À DOMICILE	11
ARTICLE 30 -	AUTORITÉ DE CONTRÔLE	11

Lexique

Grille de couverture

Documents à renvoyer

Fiche de devoir de conseil

Bulletin individuel d'adhésion

Mandat de prélèvement SEPA

Attestation/Mandat résiliation

Bulletin de modification

Fiche IPID

RENSEIGNEMENTS

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Pour nous contacter

- Par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 17h

01 84 980 980



- Ou consultez les sites internet



www.ccas.fr



www.solimut-mutuelle.fr/nous-contacter

NOTICE D'INFORMATION

À CONSERVER PAR L'ADHÉRENT

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.

Souscripteur : la CCAS

La CCAS - Caisse Centrale d'Activité Sociales du personnel des Industries Électriques et Gazières.

- 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 la mutualité.

ARTICLE 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 Électriques et Gazières (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.

Les modalités de prise en charge applicables sont celles de la notice d'information, en vigueur au jour du fait générateur entraînant la prise en charge du sinistre par la Mutuelle.

Les prestations sont dues dans le monde entier sous réserve de l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire Française et sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.

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

ARTICLE 2 - QUI PEUT ADHÉRER ?

Tout ouvrant droit à la Camieg (article 23 du statut des agents des IEG), résidant en France, en Outre-Mer et à l'étranger 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, à savoir les conjoint(e) et enfant(s) jusqu'à 24 ans et au-delà jusqu'à 26 ans sous conditions de ressources ou sans limite d'âge pour les enfants présentant un taux de handicap d'au moins 50% et couvert par la Camieg, attribué par la Commission au sein de leur MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou par la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité, couverts par la Camieg. Les enfants en situation de handicap de plus de 26 ans restent couverts par le contrat CSMR de leurs parents dès lors qu'ils sont rattachés au foyer sur l'attestation Camieg.

Tous les veufs(ves), orphelins et conjoints divorcés, actifs ou retraités, peuvent adhérer à la CSMR si toutefois ils bénéficient d'une pension de la CNIEG et s'ils sont affiliés à la Camieg. Leur adhésion est subordonnée à la transmission d'un nouveau bulletin d'adhésion dûment rempli, accompagné des pièces dans la présente notice.

Dans le cas de l'adhésion d'un orphelin mineur, le bulletin d'adhésion devra être rempli par son tuteur ou responsable légal.

Les personnes conventionnées CCAS retraitées, affiliées à la Camieg peuvent également adhérer.

- 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 un bulletin de modification.

ARTICLE 3 - DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

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

- Votre Bulletin d'Adhésion au contrat CSMR N°93006PNA01 dûment complété et signé ;
- Votre mandat SEPA signé accompagné du RIB correspondant ;
- La copie d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ouvrant droit et des ayants droit du contrat (Carte d'Identité Nationale ou Passeport) ;
- L'attestation de droit Camieg pour chaque assuré(e).
- Ainsi que toutes les autres pièces telles que définies dans l'annexe « Documents à renvoyer » de la présente Notice.

Aucun délai de carence n'est appliqué pour l'adhésion. L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet, étant précisé que la date d'effet renseignée sur le bulletin d'adhésion ne peut pas être antérieure à la date de réception du dossier complet par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi (pour les bulletins transmis par courrier).

En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion ou lorsque celle-ci ne respecte pas la condition de postériorité évoquée ci-dessus, la prise d'effet de l'adhésion est fixée au lendemain de la réception du dossier complet par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi (pour les bulletins transmis par courrier).

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 1er janvier de chaque année.

L'adhésion pour le compte d'un tiers est strictement interdite en dehors du cadre légal des majeurs protégés.

L'adhésion de votre/vos ayant(s) droit, simultanément à la vôtre, est matérialisée par le même bulletin d'adhésion. Dans le cas où vous souhaitez rattacher un ayant droit supplémentaire en cours d'adhésion, vous devez transmettre à la Mutuelle un bulletin de modification « Demande ajout de bénéficiaire(s) » dûment complété, accompagné des documents demandés. La date d'effet de la garantie au bénéfice de cet/ces ayant(s) droit prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle du dossier de modification complet accompagné des pièces justificatives, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 4 - EXCLUSIONS

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

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

ARTICLE 5 - PRESTATIONS

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

Seuls seront pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de soins est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation.

Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date des soins définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte. Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

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.

ARTICLE 6 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les remboursements seront toujours effectués en complément du remboursement de la Camieg et dans la limite des frais restant à charge sur présentation par l'assuré(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. Les prestations sont versées soit directement aux membres participants (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si le membre participant a fait usage du tiers payant.

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 s'effectue seulement dans les conditions de l'article « Soins à l'étranger » de la présente Notice.

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

ARTICLE 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.221-8 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.

ARTICLE 8 - RÉINTÉGRATION SUITE À RADIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

Par conséquent, l'adhérent devra également s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférent est subordonnée à l'acceptation par la Mutuelle. En cas d'acceptation, cette nouvelle adhésion ne pourra être effective qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article « Prescription ».

Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

ARTICLE 9 - 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.

L'ensemble des réductions applicables aux cotisations peuvent être revues chaque année. En cas d'adhésion pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante, les réductions peuvent avoir été modifiées voire supprimées. Dans cette hypothèse, il ne sera alors plus possible de vous en prévaloir.

ARTICLE 10 - 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.

ARTICLE 11 - RÉSILIATION

11.1 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 Solimut Mutuelle de France. La radiation de l'ayant droit prendra effet au dernier jour du mois suivant la réception de la demande de radiation.

11.2 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.

11.3 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.

ARTICLE 12 - CESSATION DE LA GARANTIE

Vos garanties cessent de plein droit :

- à la date de radiation de votre affiliation au contrat,
- lorsque vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du contrat,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de décès,
- à la date de résiliation du contrat collectif souscrit par la CCAS.

Le cas échéant, la cessation de vos garanties entraîne à la même date, la cessation des garanties au profit de vos ayants droit.

IMPORTANT :

La garantie cesse pour vos ayants droit à la date où ils perdent la qualité d'affiliés à la Camieg (ex : enfant entrant dans la vie active). La recherche d'une éventuelle garantie complémentaire à leur régime de Sécurité sociale est alors de leur responsabilité.

ARTICLE 13 - PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

Prise en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire

Les séances de médecines complémentaires doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire ADELI (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

Établissements et services spécialisés

Les soins réalisés dans les établissements et les services de soins spécialisés sont pris en charge par la Mutuelle dans les conditions et limites prévues dans les tableaux de garantie. Ne sont pas considérés comme des établissements et services spécialisés les établissements médico-sociaux listés aux articles L. 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles et L. 174-6 du Code de la Sécurité Sociale.

Le tableau de garantie précise les conditions et limites de prise en charge pour les établissements couverts par la Mutuelle.

Chambre particulière

Si la garantie le prévoit, le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit (sauf dérogation dans le tableau de garanties pour la chirurgie ambulatoire) et dans la limite prévue par ladite garantie.

ARTICLE 14 - PIÈCES À FOURNIR LORS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Sauf si vous le refusez, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE. Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- la facture nominative (portant la mention « acquittée », le cachet et la signature du professionnel de santé),
- la prescription médicale,
- le décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

ARTICLE 15 - SOINS À L'ÉTRANGER

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.

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

- Sur présentation de l'original ou de la copie en langue française des factures acquittées, des prescriptions médicales, de la

déclaration de soins reçus à l'étranger (formulaire Cerfa n° 12267-04 n° S3125c) ;

- Sur présentation de l'original :
 - du remboursement de l'Assurance Maladie ;
 - ainsi que le cas échéant du décompte d'un premier organisme complémentaire.

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

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

La simulation de remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la réception de l'accord préalable du régime d'Assurance Maladie et du devis du praticien.

Solimut Mutuelle de France se réserve le droit de demander la traduction en français des factures présentées.

ARTICLE 16 - 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 ou des cotisations 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 fausse 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 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.

Lorsque le délai de prescription est dépassé, aucune prise en charge ne pourra couvrir la période dépassant le délai de prescription. La prise en charge couvrira toute la période antérieure à la demande jusqu'à l'expiration du délai de prescription.

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la caisse d'assurance maladie, vous vous engagez à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif que vous avez reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

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.

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 :

La cotisation lui sera restituée.

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »).

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de Sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle. À ce titre, la Mutuelle se réserve la faculté de recourir à la plateforme gouvernementale dédiée, afin de vérifier l'authenticité des documents d'identité transmis, dans le respect des recommandations de la CNIL. Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que par le respect de nos obligations légales et réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS). 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 protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. 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 ;

- Soit par courrier à

DPO - SMF,



**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.

ARTICLE 21 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX - FINANCEMENT DU TERRORISME

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires au professionnel de santé le cas échéant. Dans ce cadre, les services spécialisés de la Mutuelle sont habilités à contacter l'adhérent et les professionnels de santé afin d'obtenir des précisions sur les informations et les justificatifs fournis.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique);
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2 du Code monétaire et

financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

Également, en cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

ARTICLE 22 - INFORMATIONS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES

17.1 Par le Souscripteur aux adhérents

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

17.2 Par l'adhérent

L'assuré(e) doit informer l'organisme gestionnaire des modifications intervenues dans sa situation familiale (mariage, divorce, décès, ayant droit perdant son affiliation à la Camieg...) ou personnelle (adresse postale, adresse e-mail, coordonnées bancaires...) dans le délai d'un mois après la modification.

Nous attirons votre attention sur la nécessité de maintenir vos données à jour pour obtenir un service de qualité.

À titre d'exemple, vous devez fournir votre nouvel IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que votre nouvelle adresse en cas de nouvelle adresse (postale ou email). À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

ARTICLE 23 - FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations que vous faites servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits lors de la souscription, du versement des cotisations ainsi qu'au moment du versement des prestations.

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par la Mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts nonobstant les actions pouvant être diligencées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

ARTICLE 24 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

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 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://saisine.mediateur-mutualite.fr/saisirmediateur/>

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.

ARTICLE 25 - 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 pour toutes questions relatives à l'adhésion du contrat.

ARTICLE 26 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

En application des articles L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la SAS CONSOPROTEC, sise

19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois, France ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

ARTICLE 27 - VENTE À DISTANCE

Est qualifié de vente à distance tout système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la Mutuelle ou par un intermédiaire utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance.

En pratique il peut s'agir des adhésions à distance effectuées via le site internet de Solimut Mutuelle de France, par signature électronique, par correspondance et celles effectuées par téléphone.

La vente à distance est régie par l'article L.221-18 du Code de la mutualité et les articles L. 222-1, L. 222-3, L. 222-4, L. 222-6, L. 222-8, L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-17, L. 222-18, L. 232-4 et L.242-5 du Code de la consommation.

Vous pouvez manifester votre opposition quant à l'utilisation des techniques de communication à distance destinées à la commercialisation de services financiers.

Les frais afférents à la vente à distance sont à votre charge et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement. Il s'agit notamment des coûts téléphoniques, de connexions Internet, de frais d'impression et de ports liés à l'envoi des documents d'adhésion.

Par principe, avant tout engagement, la Mutuelle vous transmet, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité.

À tout moment au cours de la relation contractuelle, vous avez le droit de demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. De plus, vous avez le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, sauf si cela est incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni.

ARTICLE 28 - DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DE LA VENTE À DISTANCE

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, vous bénéficiez d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus en cas d'adhésion à distance. L'exercice de ce droit ne nécessite pas de justification ou de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- Soit à compter du jour où vous recevez les informations sur les conditions d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer votre droit de renonciation, vous devez notifier à Solimut Mutuelle de France votre décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :

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



> Par mail :



offres.csmr@solimut.fr

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant:
« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.

Fait à..... le..... signature. »

Les effets du droit de renonciation

L'adhésion ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf vous le demandez expressément. Vous serez alors informé du coût de la prestation en cas de renonciation.

Dans ce dernier cas, vous devrez vous acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à votre demande, conformément à l'article L.221-25 du Code de la consommation.

Si vous exercez votre droit de renonciation, la Mutuelle vous remboursera les sommes versées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception ou de l'envoi recommandé électronique, à l'exception, si tel était le cas, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande.

À l'inverse, vous serez tenu de restituer à la Mutuelle, dans les mêmes conditions et délais, toute prestation que vous auriez reçue de cette dernière.

ARTICLE 29 - DROIT DE RENONCIATION DANS LE CADRE DU DÉMARCHAGE À DOMICILE

L'adhérent qui a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Les modalités d'exercice

Pour exercer votre droit de renonciation, vous devez notifier à la Mutuelle votre décision de renonciation au contrat au moyen d'une déclaration dénuée d'ambiguïté, et ce avant l'expiration du délai de renonciation, par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité :

> Par lettre à l'adresse postale suivante :



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

> Par mail :



offres.csmr@solimut.fr

Vous pouvez utiliser le modèle de formulaire de renonciation suivant:
« Je soussigné, (Nom/Prénom), demeurant (Adresse de l'adhérent), déclare renoncer au contrat (selon le type de contrat souscrit) n°..... (préciser le numéro du contrat ou sa référence), souscrit le (date de souscription) auprès de Solimut Mutuelle de France et demande le remboursement de la totalité des sommes versées.

Fait à..... le..... signature. »

Les effets du droit de renonciation

L'adhésion ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de votre part.

Si vous avez demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation, vous devrez vous acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à votre demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

ARTICLE 30 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'A.C.P.R (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

LEXIQUE

A

Assurance Maladie Obligatoire

Régimes obligatoires français couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

L'Assurance Maladie Obligatoire permet de couvrir, en partie, la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Ayant droit

Personne bénéficiant de prestations au titre d'un adhérent, dit ouvrant droit. L'expression est utilisée par la Camieg. Solimut Mutuelle de France utilise aussi le terme de bénéficiaire.

B

Base de remboursement

Tarif de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **Tarif de Convention (TC)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- **Tarif d'Autorité (TA)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- **Tarif de Responsabilité (TR)** : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Bracelet GSM

Bracelet porté par des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et qui permet de les localiser quand elles se sont éloignées sans contrôle.

Bulletin d'adhésion ou d'affiliation

Document indiquant la volonté de la personne physique de bénéficier, pour les personnes qu'elle inscrit et elle-même, des prestations de la Mutuelle (dans votre cas la CSMR) et de se conformer aux statuts.

C

Camieg

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières. Caisse de Sécurité sociale en charge des agents de la branche professionnelle des IEG.

Carte vitale

Carte électronique d'affiliation à l'Assurance Maladie permettant des échanges sans papier entre professionnels de santé et organismes de Sécurité sociale.

Contrat solidaire et responsable

Type de contrat de complémentaire santé créé par les pouvoirs publics en 2004. Il comprend des obligations de prise en charge (en prévention par exemple) et des interdictions de remboursement (forfait par consultation notamment).

Il entraîne des avantages tels qu'une baisse de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

D

Devis

Document sur lequel un professionnel de santé détermine les actes ou fournitures et leur montant, qu'il propose à son patient, préalablement à tout acte. Le devis est obligatoire en optique et en dentaire notamment.

OPTAM

Il s'agit d'un dispositif mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Depuis le 1er janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO (dite OPTAM-

ACO) pour les anesthésistes, les chirurgiens et obstétriciens ;

- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » du contrat a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-ACO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-ACO).

E

Ergothérapeute

L'ergothérapeute est un professionnel de santé évaluant et traitant les personnes au moyen d'activités significatives pour préserver et développer leur indépendance et leur autonomie dans leur environnement quotidien et social.

Établissement non conventionné

Établissement qui n'a pas signé d'accord avec l'Assurance Maladie et qui ne respecte donc pas les tarifs de base conseillés par celle-ci.

Étiopathe

L'étiopathe utilise une méthode d'analyse des pathologies et de traitement manuel. Il considère le fonctionnement des organes et des

appareils du corps humain dans leurs différentes interactions. Cette approche scientifique et rigoureuse lui permet de conduire un traitement par manipulation.

F

Forfait

Montant alloué en euros, sans référence aux tarifs de la convention de la Sécurité sociale pour certaines prestations.

Forfait journalier

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

Forfait Patient Urgences

Il s'agit de la somme due pour tout passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients peuvent bénéficier d'un forfait minoré (personnes en affection de longue durée, etc.) ou d'une dispense totale (femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, bénéficiaires de l'aide médicale d'État, etc.).

Frais réels

Montant total de la dépense d'un adhérent pour des soins.

H

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour d'au moins 24 heures dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient. Elle est encadrée par le Code de la santé publique. L'adhérent doit justifier du versement de prestations par la sécurité sociale au titre de l'hospitalisation à domicile. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant de l'adhérent doit l'avoir orienté en faveur du dispositif d'Hospitalisation à domicile. L'accord du médecin traitant est toujours nécessaire. Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, la notion de domicile n'est pas uniquement restreinte au domicile personnel de l'adhérent, mais peut également concerner des établissements de santé certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

M

Mutualiste

Être mutualiste, c'est décider de participer à une collectivité solidaire où les personnes en bonne santé cotisent pour les malades. Chacun contribue et reçoit ainsi des autres adhérents au cours de son existence. C'est se prémunir contre les aléas de la vie.

Mutuelle

Désormais protégé, le terme de Mutuelle concerne les groupements relevant du Code de la mutualité ; société de personnes à but non lucratif, une mutuelle est gérée démocratiquement selon le principe un homme une voix.

N

Nomenclature

Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux dont la Sécurité sociale assure le remboursement sur la base d'un tarif ou d'une cotation prédéterminée.

P

Pack Prévention

Le pack Prévention permet le remboursement de divers actes liés à la prévention, pas ou peu pris en charge par l'Assurance Maladie. Ces actes sont pris en charge selon la dépense réelle dans le cadre d'un forfait global par ayant droit et par année civile.

Parcours de soins coordonnés

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, la loi du 13 août 2004 a instauré l'obligation pour chaque assuré social de suivre un parcours de soins coordonnés. L'objectif est de supprimer l'initiative du patient, de consulter n'importe quel médecin et de parvenir ainsi à supprimer un facteur d'augmentation des dépenses de santé. Le dispositif repose sur deux éléments : le médecin traitant et le Dossier Médical Partagé.

PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale servant de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants-droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Professions de santé

Les professions de santé s'articulent en trois catégories :

- Les professions médicales : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (articles L. 4111-1 à L. 4163-11) ;
- Les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens d'officine (exerçant en ville) et hospitaliers et physiciens médicaux (articles L. 4211-1 à L. 4252-3) ;

- Les professions d'auxiliaires médicaux : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaires, assistants de régulation médicale, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens (articles L. 4301-1 à L. 4394-5).

R

Reste à charge

Différence entre les dépenses payées par un(e) assuré(e) sur un acte et les remboursements qu'il perçoit pour ce même acte par la Sécurité sociale et sa ou ses complémentaire(s) santé.

S

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue (MonSoutienPsy)

Dispositif permettant la prise en charge jusqu'à 12 séances d'accompagnement par an, réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie. L'accès au dispositif est direct, sans besoin de prescription médicale préalable.

La Mutuelle intervient en complément du remboursement opéré par l'Assurance Maladie.

La prise en charge s'effectue dans le cadre du contrat responsable.

T

Tarif d'autorité

Lorsqu'un professionnel de santé n'a pas adhéré à la convention avec l'Assurance maladie, le tarif d'autorité remplace le tarif de convention comme base pour le calcul des prestations. Le tarif d'autorité est beaucoup plus faible que le tarif de convention.

Tarif de convention (ou Base de Remboursement BR)

Valeur pour un acte médical résultant de la négociation entre professionnels de santé et caisses d'Assurance Maladie.

Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)

Terme introduit en 2003 pour la pharmacie (médicaments). C'est sur cette base équivalente au prix moyen des génériques équivalents à celui acheté qu'est désormais remboursé le médicament de la famille thérapeutique concernée.

Télétransmission

Dans le domaine de la santé, signifie que les données ne transitent plus sur un support papier mais par voie électronique.

Test Hémocult

Le test Hémocult est un test de recherche du sang dans les selles utilisé pour la prévention du cancer colorectal.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre le tarif de convention et le remboursement de l'Assurance Maladie. Ne pas confondre avec le reste à charge.

Tiers payant

Système consistant à permettre d'éviter l'avance de frais par le bénéficiaire, dans la limite de l'accord conclu entre l'organisme et le professionnel de santé. C'est l'organisme de Sécurité sociale et/ou la complémentaire santé qui règle directement le professionnel de santé.

GRILLE DE COUVERTURE

DÉPENSES DE SANTÉ 2026

SOINS COURANTS

	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
VISITE ET CONSULTATIONS			
Honoraires médicaux des médecins généralistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%
Honoraires médicaux des médecins généralistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	60%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	80%
Service de téléconsultation 24h/24, 7j/7 ****  Medaviz	-	-	Inclus
Téléconsultation de Médecins Spécialistes ****  Medaviz interprétation des résultats d'examens (analyses médicales, comptes-rendus...) pour répondre à vos questions.	-	-	Inclus
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%
ACTES D'IMAGERIE, D'ÉCHOGRAPHIE ET DE RADIOLOGIE			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%
CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS, ÉTIOPATHES ET MÉDECINS ACUPUNCTEURS (hors nomenclature) ***			
Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire	-	-	65€ /séance
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
	60%	60%	80%
ANALYSES, PRÉLÈVEMENTS			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	80%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	60%	60%	60%

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Les diminutions de remboursement de la Camieg dans le cadre du non-respect du parcours de soins ne peuvent être remboursées au titre de la garantie CSMR.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale.

*** Le remboursement de ces actes de médecine complémentaire hors nomenclature est subordonné obligatoirement à l'indication :

- du numéro ADELI ou RPPS pour les ostéopathes et les chiropracteurs ;
- du numéro de diplôme pour les étioopathes ;
- du numéro FINESS ou RPPS du professionnel de santé pour les actes d'acupuncture qui doivent être réalisés par un médecin inscrit à l'ordre des médecins

**** La téléconsultation Medaviz est un service en inclusion de votre contrat Santé.

Medaviz : PODALIRE, société par actions simplifiée au capital de 83 800 euros, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre - 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024. **N° Tel : 0978460221.**

Accessible depuis votre Espace Adhérents Solimut. Médecins généralistes et spécialistes disponibles 24 heures/24, 7 jours/7

SOINS COURANTS (SUITE)

	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
ANALYSES HORS NOMENCLATURE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE			
	-	-	36 €
PANSEMENTS			
	60%	60%	190%
Pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte Mobilité Inclusion mention Invalidité, majoration de 50 % de l'ensemble des prestations Soins Courants à l'exception des médecins non-signataires du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et des Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs et Psychologue.			
	NON	NON	OUI

OPTIQUE

OPTIQUE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
MONTURE ⁽¹⁾			
Classe A (Panier 100% Santé)	100% PLV		-
Classe B (Panier Libre)	35 € (adulte) - 77 € (enfant - 18 ans)		65 € ⁽²⁾ (adulte) 23 € ⁽²⁾ (enfant - 18 ans)
VERRES ⁽¹⁾			
Classe A (Panier 100% Santé)	100% PLV		-
Classe B (Panier Libre) :			
• Verre simple (par verre)	50 € (adulte) 43 € (enfant - 18 ans)		100 € ⁽²⁾
• Verre complexe (par verre)	124 € (adulte) 103 € (enfant - 18 ans)		150 € ⁽²⁾ (adulte) 180 € ⁽²⁾ (enfant -18 ans)
• Verre hypercomplexe (par verre)	185 € (adulte) 197 € (enfant - 18 ans)		140 € ⁽²⁾ (adulte) 130 € ⁽²⁾ (enfant -18 ans)
LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE			
1 équipement par an, hors prise en charge du Ticket Modérateur	60%	645%	85 €
2 ^{ème} équipement	60%	645%	300%
LENTILLES CORRECTRICES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Y COMPRIS ADAPTATION			
Montant par an et par bénéficiaire	-	92,30 € (adulte) 151,20 € (enfant -18 ans)	300 €
CHIRURGIE CORRECTRICE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾			
Montant par œil, par an et par bénéficiaire	-	-	1 323 €

*Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale.

(1) Monture et verres acceptés Sécurité sociale : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition 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. Les prestations de l'équipement sont majorées ou minorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014).

(2) Le montant s'entend ticket modérateur (TM) inclus et dans la limite des garanties du contrat responsable.

(3) Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés à de la chirurgie correctrice au même titre que le traitement au laser (kératotomie). Les honoraires des professionnels de santé sont pris en charge sur présentation d'une facture acquittée, tous autres frais liés à cette intervention ne sont pas prévus au contrat.

DENTAIRE

DENTAIRE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾			
Hors Inlay-Onlay	60%	60%	100%
Inlay-Onlay	60%	60%	150%
Détartrage annuel des dents	60%	60%	70%
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures dentaires, pour les enfants de moins de 14 ans.	60%	60%	70%
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Panier 100% santé	60%	435%	-
Panier tarif maîtrisé	60%	435%	275%
Panier Libre	60%	435%	275%
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	-		385 €
ORTHODONTIE ***			
Prise en charge par la Sécurité Sociale	100%	260%	275%
Non prise en charge par la Sécurité sociale, montant dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire	-	-	733 €
COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	60%	435%	440 €
IMPLANT NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	-	-	1 100 €
PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽⁴⁾			
Montant par an et par bénéficiaire	-	-	587 €
AUTRES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Hors blanchiment dentaire dans la limite de 1500€ par an et par bénéficiaire	-	-	40% des frais réels

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Correspondance CCAM non exhaustive et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ou du tarif de convention ou d'autorité.

*** La facturation des actes d'orthodontie est prise en charge à la fin de chaque semestre.

(1) Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS.

(2) Codes CCAM : PAR, PAM, et les groupes PFC et PFM (non concernés par les actes HBMD342 HBMD433 HBMD479 HBMD490).

(3) Code CCAM : LBLD004, LBLD013, LBLD015, LBLD020, LBLD025, LBLD026, LBLD038, LBLD066, LBLD075, LBLD117, LBLD200, LBLD261, LBLD281, LBLD294.

(4) Code CCAM : TDS.

PLV : Prix Limite de Vente au public (PLV) des dispositifs médicaux et prestations dans le cadre de la réforme 100% Santé.

HOSPITALISATION	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie) ⁽¹⁾			
Frais de séjour	80% ou 100%	0% ou 20%	100%
Honoraires des médecins adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	100%
Honoraires des médecins non adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	-
FORFAIT JOURNALIER ⁽²⁾			
	-	-	20 €/jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT MÉDECINE ET CHIRURGIE ⁽³⁾			
	-	-	48 €/jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE PAR NUITÉE			
Limitée à 90 jours par an en médecine, chirurgie et maternité, 45 jours en psychiatrie, 90 jours par an pour l'ensemble des autres facturations à l'exclusion des cures thermales et des maisons de retraite médicalisées ou non	-	-	98 €/jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE			
	-	-	41 €/jour

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ ou du tarif de convention ou d'autorité.

(1) Dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné. Ce plafond est à considérer hors prise en charge du Ticket Modérateur. Il ne concerne donc que les dépassements d'honoraires éventuels.

(2) Ce qui n'est pas couvert : les établissements longs séjours (hors rééducations et soins de suite), les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non.

(3) Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales 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 le bénéficiaire est hospitalisé, pour le lit et le repas ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.

APPAREILLAGE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE MÉDICALE			
	60%	60%/90%/190%	200%
PROTHÈSES CAPILLAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE (Panier 100% Santé)			
Classe III ⁽²⁾	60%	190% + 875€	125 €
Classe IV ⁽²⁾	60%	190% + 875€	125 €
PILES ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES AUDITIVES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾			
Montant par an et par bénéficiaire	60%	60%	76 €
VÉHICULE POUR PERSONNE HANDICAPÉE ACCEPTÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
	100%	150%	3 300 €

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ ou du tarif de convention ou d'autorité.

(1) Entretien réalisé par un professionnel de santé.

(2) Prothèses de classe III contenant au moins 50% de cheveux naturels avec un prix limite de vente de 1000€. Prothèses de classe IV contenant 100% de cheveux à tarifs libres. Le renouvellement n'est pas possible avant 12 mois.

AUTRES PRESTATIONS

	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
CURE THERMALE AGRÉÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE***			
Participation aux frais hébergement et transport	65%	55%	468 €
VACCINS ET TRAITEMENT PREVENTIF ANTIPALUDISME			
Montant par vaccin	-		84 €
PILULE CONTRACEPTIVE DITE DE 3e OU 4e GÉNÉRATION			
Montant par an	-		84 €
OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
	70 %	50%	123 €
PACK PREVENTION ANNUEL			
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, pédicure podologue ⁽¹⁾ , amniocentèse			300 €
Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans et dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste, bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer			
Substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ⁽²⁾			
Équipement Handicap : équipements et réparations (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité) ⁽²⁾	-		1 000 €/an

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle.

** Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ ou du tarif de convention ou d'autorité.

***Cure thermique : remboursement des frais de transport et des frais d'hébergement sur présentation de factures acquittées. Les dates figurant sur ces factures doivent coïncider avec celles du début et de fin de cure, avec un délai de tolérance de 48h avant le début et après la fin de la cure thermique.

(1) Soins effectués par un professionnel de santé.

(2) Sur présentation d'une facture acquittée de pharmacie, parapharmacie ou distributeur de matériel médical spécialisé et d'une prescription médicale.

Notes :

- l'assiette des prestations est la BR Reconstituée ;
- les podologues sont assimilés aux honoraires des auxiliaires médicaux ;
- les orthophonistes sont assimilés aux honoraires des auxiliaires médicaux.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

TM : (Ticket modérateur) différence entre le tarif de convention et le remboursement de l'Assurance Maladie.

FR : (Frais Réels) montant total de la dépense d'un adhérent pour des soins.

Depuis le 1er janvier 2021, le décret 100% santé impose des prix limite de vente et plafonds. Dans le cadre du caractère responsable du contrat, Solimut Mutuelle respecte cet engagement.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

La garantie entre dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire imposée par l'État de 2€ par acte et les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant, le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement de la SS ainsi que les franchises mises en place depuis le 1er janvier 2008 par les pouvoirs publics).

Dans le secteur non conventionné le remboursement est limité à 90 % des frais réels. Dans ce cas, l'assiette retenue est le tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Depuis le 1er janvier 2011, le seuil d'exonération du ticket modérateur pour les soins hospitaliers est de 120 €.

DOCUMENTS À RENVoyer

Contrat d'assurance CSMR n°93006 PNA 01

AVANT DE RETOURNER VOTRE DOSSIER, ASSUREZ-VOUS BIEN QUE :

- Vous avez bien lu la notice d'information au contrat CSMR N°93006 PNA 01 ;
- Vous conservez la notice d'information et le double de votre demande d'adhésion à CSMR.

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE, POUR VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION, LES DOCUMENTS SUIVANTS :

- ☐ Le Devoir de Conseil dûment complété ;
- ☐ Votre Bulletin d'Adhésion au contrat CSMR N°93006 PNA 01 dûment complété et signé ;
- ☐ Votre mandat SEPA signé accompagné du RIB* correspondant appartenant à la zone SEPA ;
- ☐ La copie d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ouvrant droit et de ses ayants droit (Carte d'Identité Nationale, Passeport, Permis de conduire nouveau format, Titre de séjour) ** ;
- ☐ Une copie du dernier Avis d'Imposition de l'ouvrant droit ;
- ☐ L'attestation de droit Camieg pour chaque assuré(e) ;
- ☐ Une copie de la notification de pension de réversion pour les veufs (veuves) ;
- ☐ Une copie du courrier de votre employeur ou attestation fournie par la CNIEG confirmant la date de votre départ à la retraite. Pour le personnel conventionné CCAS, une copie de votre dernier bulletin de paie ;
- ☐ Le cas échéant copie de la carte d'invalidité ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité pour un ouvrant droit ou ayant droit dont le taux de handicap est au moins égal à 80 % : taux de handicap attribué par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, ex-Cotorep). Cela conditionne la majoration des prestations des soins courants ;
- ☐ Votre Attestation/Mandat aux fin de prise en charge des formalités de résiliation (à compléter en cas de résiliation d'un contrat de complémentaire santé en cours) ;
- ☐ Votre justificatif d'adhésion aux contrats IDCP, Dépendance et/ou Obsèques (échancier en cours ou attestation d'appartenance en cours).

EN TANT QU'ADHÉRENT CSMR, VOUS SOUHAITEZ AJOUTER UN OU PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES, MERCI DE JOINDRE :

- ☐ Votre Bulletin de Modification dûment complété et signé ;
- ☐ La copie de la pièce d'identité en cours de validité, de l'ouvrant droit et de son ou ses ayant(s) droit** ;
- ☐ L'attestation de droit Camieg de l'ayant droit.

IMPORTANT :

En cas de demande d'ajout de bénéficiaires en cours d'adhésion, la prise d'effet est fixée au plus tôt au 1er jour du mois suivant la réception du dossier complet.

* RIB exclus : LIVRET A, LEP (Livret d'Épargne Populaire) Comptes épargne, Plans épargne, et Compte de paiement avec carte prépayée (PREPAID).

** Pour les enfants mineurs (- de 18 ans) : copie du livret de famille (parents et enfant) ou acte de naissance de - de 3 mois.



FICHE DE DEVOIR DE CONSEIL EN SANTÉ

Le présent document retrace nos échanges afin de déterminer, ensemble, la protection santé complémentaire la plus adaptée à votre situation. Il est établi avant toute adhésion et ne se substitue pas au bulletin d'adhésion. Cette démarche a pour objectif de définir vos souhaits pour nous permettre de vous proposer le ou les produit(s) répondant le mieux à vos besoins et à vos attentes en matière de protection complémentaire santé. Les informations communiquées doivent être complètes et sincères. Elles sont strictement confidentielles et protégées par le secret professionnel.

Civilité* :
Nom* : Prénom(s)* :
Date de naissance* :
Adresse* : CP - Ville* :
Mail* : Téléphone :

Votre situation

☐ Retraité(e) ☐ Autre, à préciser :

À la date d'effet de votre adhésion, serez-vous également couvert par un autre organisme assureur pour le risque santé ? ☐ OUI ☐ NON
Êtes-vous actuellement hospitalisé ou avez-vous prévu d'être hospitalisé à la date d'effet de la couverture que vous souhaitez souscrire ? ☐ OUI ☐ NON
Pour information, aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

JE SUIS UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE)*

☐ OUI ☐ NON

*** Vous exercez ou avez exercé depuis moins d'un an une des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives suivantes :**

- Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen ;
- Membres des organes dirigeants des partis politiques ;
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur, chargé d'affaires ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

Si vous ou l'un de vos proches est une personne politiquement exposée, votre adhésion à la Mutuelle ne sera pas remise en cause. Toutefois, nous vous informons qu'il sera présenté chaque année en conseil d'administration, la liste des personnes politiquement exposées.

UN DE MES PROCHES * EST UNE PERSONNE POLITIQUEMENT EXPOSÉE (PPE) : ☐ OUI ☐ NON

*** Par proche il convient d'entendre :**

- Les personnes connues pour être des membres directs de la famille d'une personne politiquement exposée ;
- Son conjoint ou concubin notoire ;
- Son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Ses enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- Ses ascendants au premier degré.

Les personnes connues pour leur être étroitement associées sont :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger, conjointement avec la personne politiquement exposée ;
- Toute personne physique identifiée comme étant seul bénéficiaire effectif d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne politiquement exposée ;
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne politiquement exposée.

* A compléter obligatoirement

NE PAS OUBLIER DE DATER ET DE SIGNER AU DOS DES DIFFÉRENTS BULLETINS.

RÉCAPITULATIF DE VOS BESOINS

NOMBRE DE PERSONNES À GARANTIR	Adultes :	Enfant(s) à charge :
Besoin en consultation avec dépassement d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en cure thermique	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en optique - lunettes et lentilles	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge de la chambre particulière et des frais d'accompagnement	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge des dépassements d'honoraires	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en prothèses dentaires et actes non pris en charge par l'Assurance Maladie	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en orthodontie	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal
Besoin en médecines douces -forfait annuel de remboursement des consultations	☐ Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	☐ Remboursement Optimal

DATE D'EFFET SOUHAITÉE DE LA GARANTIE SANTÉ :

Organisme assureur : Solimut Mutuelle de France

BUDGET

Montant maximal de cotisation mensuelle envisagée par le prospect (exprimé en euros) : ☐ Cotisation maîtrisée ☐ Protection optimale

NOS PROPOSITIONS :

NOUS AVONS PRÉCONISÉ CE(S) PRODUIT(S) CAR IL(S) CORRESPOND(ENT) AUX BESOINS EXPRIMÉS SUIVANTS :

ATTENTION, CEPENDANT NOUS VOUS ALERTONS SUR LE FAIT QUE CE(S) PRODUIT(S) NE RÉPOND(ENT) PAS AUX BESOINS EXPRIMÉS SUIVANTS :

VOS BESOINS COMPLÉMENTAIRES

Nous pouvons vous faire bénéficier de produits proposés par SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE et ses partenaires. Pour répondre à votre demande, nous serons amenés à communiquer vos données personnelles.

Vous êtes intéressé(e) par :

> Une offre Prévoyance Collective : ☐ OUI ☐ NON

Rendez-vous sur le site www.ccas.fr ou par téléphone au 01 84 980 980.

Au vu des besoins que vous avez exprimés et de votre budget, vous trouverez ci-joint le(s) tableau(x) de garantie concernant le(s) produit(s) proposé(s). En cas de modification de votre situation personnelle (divorce, déménagement...) il est nécessaire de nous recontacter pour une nouvelle étude personnalisée.

Préalablement à toute adhésion, vous reconnaissez avoir pris connaissance du contenu du présent document, et avoir reçu l'ensemble des informations et conseils sur le ou les contrat(s) proposé(s) comprenant le détail, les explications ainsi que les différents niveaux de prise en charge des garanties, la fiche IPID, les documents réglementaires, ainsi que le dispositif concernant la formulation d'une réclamation.

De ce fait et en cas d'adhésion, vous reconnaissez avoir choisi la ou les garantie(s) en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e),, accepte la solution proposée. Je déclare avoir reçu une information sur l'étendue et la définition des garanties.

COMMUNICATION DU RAPPORT PRESTATIONS / COTISATIONS ET DES FRAIS DE GESTION

> Le rapport entre les prestations et les cotisations s'élève à 82,22%.

Le ratio entre le montant des prestations versée pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

> Les frais de gestion sont fixés à 17,89% et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (12,65%), frais d'acquisition (1,02%) et frais d'administration (4,22%).

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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. Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle. Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que par le respect de nos obligations légales et réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants :

A. Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la préparation et de la gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de la prospection commerciale, des organismes de Sécurité sociale, des professionnels de la santé, des sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs, coassureurs, services et autorités de contrôle de la mutuelle ainsi que l'administration fiscale, sociale et les personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. Vous, et vos ayants droit, disposez 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 vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande. Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 Marseille. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société SAS CONSOPROTEC, sise 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Dans le cadre de ma demande d'informations, j'accepte d'être recontacté par Solimut Mutuelle de France (cocher au moins une case).

☐ Par téléphone (appel*, SMS, MMS) ☐ Par courriel Par voie postale

J'accepte de recevoir des informations sur les produits, services et offres promotionnelles de Solimut Mutuelle de France.

☐ Par téléphone (appel*, SMS, MMS) ☐ Par courriel Par voie postale

J'accepte de recevoir des informations sur les produits, services et offres promotionnelles des partenaires commerciaux de Solimut Mutuelle de France.

☐ Par téléphone (appel*, SMS, MMS) ☐ Par courriel Par voie postale

** Nous vous rappelons que nos appels s'effectuent dans le respect de la loi n° 2021-402 du 8 avril 2021 et du décret n° 2022-34 du 17 janvier relatifs au démarchage téléphonique et nous vous informons qu'à défaut de consentement explicite de votre part, la Mutuelle ne sera pas en mesure de vous recontacter.*

Fait en 2 exemplaires à

Signature du prospect

Signature du conseiller

Nom et prénom

Nom et prénom

Le



À RETOURNER À : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - SERVICE CSMR - TSA 21123 - 06709 SAINT-LAURENT-DU-VAR CEDEX

NIA*

NE PAS OUBLIER DE DATER ET DE SIGNER AU DOS

MODALITÉS DE RÉSILIATION

Le signataire a pris connaissance que son adhésion prend effet conformément à la notice d'information et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. La demande de démission doit être formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année en cours. Aucune radiation n'est accordée en cours d'année civile, durant la première année d'adhésion.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de votre adhésion, la demande de résiliation peut être effectuée à tout moment, conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

En tout état de cause, la prise d'effet définitive des garanties est subordonnée au paiement des cotisations.

Par ailleurs, le signataire s'engage à communiquer à la Mutuelle toute modification au présent bulletin d'adhésion.

COMMUNICATION DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS ET DES FRAIS DE GESTION

Le rapport entre les prestations et les cotisations s'élève à 82,22%.

Le ratio entre le montant des prestations versée pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Les frais de gestion sont fixés à 17,89 % et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (12,65 %), frais d'acquisition (1,02 %) et frais d'administration (4,22 %).

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

RGPD

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire. Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle. Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que par le respect de nos obligations légales et réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions

et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. Vous, et vos ayants droit, disposez 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 vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société SAS CONSOPROTEC, sise 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS).

☐ Non, je ne souhaite pas recevoir de promotions et sollicitations de la Mutuelle par voie postale ou téléphonique.

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services des partenaires commerciaux de la Mutuelle.

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie.

Le signataire s'engage à informer la Mutuelle de toute modification de sa situation et/ou de celle de ses ayants droit.

À

Signature de l'assuré(e) :

le | | | | | | | |

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - ADHÉRENT COTISATIONS ET VIREMENT DES PRESTATIONS

AU CONTRAT SOUSCRIT PAR LA CCAS

Organisme assureur : Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est sis Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Nom et Prénom de l'adhérent :

Date de naissance : / /

Référence Unique de Mandat** (à compléter par le créancier) :

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - Paiement des cotisations

Votre Référence Unique du Mandat (RUM) sera communiquée sur votre appel de cotisations

TITULAIRE DU COMPTE COURANT A DEBITER	CREANCIER
Nom et prénom* :	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (ICS) : FR50ZZ394191
Adresse* :	SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
.....	Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 MARSEILLE
Ville* :	
Code postal* : Pays* :	

IBAN* | | | | | | | |

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Ce mandat de prélèvement est exclusivement destiné à un compte courant, à l'exclusion de tout autre type de compte.

BIC* | |

Type de paiement : ☒ Récurrent

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Si le titulaire du compte courant référencé ci-dessus est une autre personne que l'adhérent, joindre la copie d'une pièce d'identité du titulaire du compte courant.

J'opte pour le prélèvement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Semestriel ☐ Annuel

Vous serez prélevé automatiquement le 10 du mois correspondant à l'échéance choisie.

VIREMENT DES PRESTATIONS

A compléter uniquement si vous souhaitez que le compte sur lequel seront versées les prestations soit différent de celui référencé ci-dessus.

Nom de l'établissement bancaire du compte à créditer :

Nom et prénom du titulaire du compte :

IBAN* | | | | | | | |

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Ce mandat est exclusivement destiné à un compte courant, à l'exclusion de tout autre type de compte.

BIC* | |

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Si le titulaire du compte référencé ci-dessus est une autre personne que l'adhérent, il est nécessaire de joindre la copie d'une pièce d'identité du titulaire du compte courant.

Ce compte peut être utilisé pour le versement des prestations :

Pour l'ensemble des ayants droit : ☐ OUI ☐ NON

Pour un seul ayant droit : ☐ OUI Nom/Prénom de l'ayant droit : ☐ NON

* À compléter obligatoirement. Voir rubrique "RGPD" au verso de ce bulletin.

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France, 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.

Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la mutuelle. L'intégralité de la politique de protection des données personnelles mise en place par la Mutuelle peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.solimut-mutuelle.fr/politique-de-protections-des-donnees-personnelles>

CONSENTEMENT & SIGNATURE

Cette **Autorisation** doit être dûment complétée et signée, et être accompagnée du **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** pour le paiement des cotisations et/ou des prestations, et de la **Copie de la pièce d'identité en cours de validité du titulaire du compte courant** si différent de celui de l'adhérent.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Solimut Mutuelle de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Solimut Mutuelle de France.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Ces documents sont à retourner à l'adresse suivante :
Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex.

Fait à :

Le :

Signature du titulaire du compte
Pour le paiement des cotisations

Signature du titulaire du compte
pour le paiement des prestations
(si différent du titulaire du compte pour les cotisations)

ATTESTATION/MANDAT RÉSILIATION

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur..... (Nom/Nom de Naissance/ Prénom),

né(e) le/...../..... (date) à (Lieu de naissance), demeurant

.....(Adresse),

adhérent(e) au contrat frais de santé n°, ayant pris effet le

...../...../..... auprès de.....(Nom ancien organisme assureur) :

- ☐ Mandate Solimut Mutuelle de France afin de réaliser, en mon nom et pour mon compte, les formalités de résiliation de mon contrat auprès de mon ancien organisme assureur désigné ci-dessus. Je déclare que mon adhésion au contrat susvisé a pris effet il y a un an et plus, et que cette adhésion peut être dénoncée au titre de la résiliation infra-annuelle. Par ailleurs, je souhaite adhérer au contrat frais de santé (libellé de la gamme), auprès de Solimut Mutuelle de France.

La résiliation prend effet 1 mois après réception de la demande de résiliation.

Si vous souhaitez que votre contrat prenne fin à une date ultérieure, précisez la date de prise d'effet souhaitée :/...../.....

- ☐ Refuse que Solimut Mutuelle de France réalise, en mon nom et pour mon compte, les formalités de résiliation de mon contrat auprès de mon ancien organisme assureur.

Je suis informé(e) que la responsabilité de Solimut Mutuelle de France ne saurait être engagée en cas de double couverture ou de rupture de droits, résultant de la non résiliation de mon contrat frais de santé auprès de mon ancien organisme assureur.

Fait à, le

Signature de l'adhérent

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires pour la prise en charge des formalités de résiliation de votre contrat auprès de votre précédent organisme. L'absence de fourniture de ces informations empêchera la notification de la résiliation de votre contrat par notre Mutuelle.

Les données personnelles ainsi collectées font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France, en sa qualité de responsable de traitement, avec pour finalité, la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance. Ce traitement est nécessaire à l'exécution des mesures précontractuelles prises à votre demande. Les destinataires des données sont le Souscripteur (la CCAS), 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 et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle. 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 activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur. Ces données sont conservées pendant la durée de validité de votre contrat et jusqu'à l'expiration des délais légaux et réglementaires de prescription applicables. Vous disposez à tout moment, dans les conditions prévues par la réglementation, sur ces données de droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement, de portabilité, de limitation et de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès.

Vous pouvez exercer vos droits « Informatique et Libertés » en contactant le Délégué à la Protection des Données soit par e-mail à l'adresse électronique dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à l'adresse postale : DPO - SMF, 7 quai de la Joliette, Castel Office, 13002 Marseille. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande. Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès direct dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale par la Mutuelle. En cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la CNIL d'une réclamation à l'adresse postale suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : www.cnil.fr. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données, vous pouvez consulter notre Politique de Protection des Données accessible sur notre site internet au www.solimut-mutuelle.fr ou l'obtenir sous format papier auprès de l'un de nos conseillers mutualistes.

À RETOURNER À : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE - SERVICE CSMR - TSA 21123 - 06709 SAINT-LAURENT-DU-VAR CEDEX

NIA*

Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à Sonimut Mutuelle de France, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr

Les prestations seront payées par virement et les cotisations prélevées sur le compte communiqué pour le prélèvement de la cotisation.

MODALITÉS DE RÉSILIATION

Le signataire a pris connaissance que son adhésion prend effet conformément à la notice d'information et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est renouvelée par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année. La demande de démission doit être formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année en cours. Aucune radiation n'est accordée en cours d'année civile, durant la première année d'adhésion.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de votre adhésion, la demande de résiliation peut être effectuée à tout moment, conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

En tout état de cause, la prise d'effet définitive des garanties est subordonnée au paiement des cotisations.

Par ailleurs, le signataire s'engage à communiquer à la Mutuelle toute modification au présent bulletin d'adhésion.

COMMUNICATION DU RAPPORT PRESTATIONS/COTISATIONS ET DES FRAIS DE GESTION

Le rapport entre les prestations et les cotisations s'élève à 82,22%.

Le ratio entre le montant des prestations versée pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Les frais de gestion sont fixés à 17,89 % et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (12,65 %), frais d'acquisition (1,02 %) et frais d'administration (4,22 %).

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

VENTE À DISTANCE ET DÉMARCHAGE

Conformément à l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

L'entrée en vigueur du contrat est reportée à l'expiration du délai de renonciation.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de Solimut Mutuelle de France - Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-Du-Var Cedex, une lettre recommandée rédigée comme suit :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux garanties souscrites effectuée le __/__/__, datée et signée. ».

Toutefois, vous pouvez autoriser expressément le commencement d'exécution de votre contrat.

La demande expresse de commencement d'exécution ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation. Solimut Mutuelle de France s'engage dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées sous déduction des prestations que vous ou vos ayants droit auriez éventuellement perçues.

Le signataire autorise expressément le commencement d'exécution de son contrat. À défaut, cocher la case : ☐

RGPD

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements par Solimut Mutuelle de France 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.

Le caractère obligatoire ou facultatif des informations recueillies est spécifié, au moment de leur collecte et lorsque cela s'avère nécessaire.

Les données sont requises pour les traitements de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de prospection commerciale, de construction d'audience par profilage, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales et de la vie institutionnelle de la Mutuelle. Ces traitements sont fondés sur les intérêts légitimes poursuivis par la Mutuelle ainsi que par le respect de nos obligations légales et réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux). Lorsqu'un traitement n'est pas fondé sur les éléments ci-dessus, le consentement de l'adhérent à ce traitement est alors demandé.

Les activités de traitement des données à caractère personnel de la Mutuelle sont réalisées sur le territoire de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans le cas où l'appel à un sous-traitant devait entraîner un transfert de données à caractère personnel vers un pays en dehors de ce territoire, la Mutuelle mettra en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ce transfert et répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

Dans ce contexte, nous attirons votre attention sur les points suivants:

A. Ces données peuvent être destinées au Souscripteur (la CCAS), aux salariés des services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, aux organismes de Sécurité sociale, aux professionnels de santé, aux sous-traitants et prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance, les partenaires, réassureurs et co-assureurs, aux services administratifs et judiciaires définis par la loi et aux autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. En outre, peuvent être destinataires des données nécessaires au traitement des dossiers d'action sociale, et uniquement ces données, les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (les CMCAS).

B. Les informations précédées d'un * sont collectées de manière obligatoire. Les autres informations le sont à titre facultatif à des fins de prospection commerciale, mais sont également utilisées pour faciliter les échanges avec l'adhérent dans le cadre de la gestion des adhésions et de l'exécution des contrats. L'absence de recueil de ces informations pourrait impacter la qualité et la rapidité des communications entre la Mutuelle et l'adhérent.

C. Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction des finalités du recueil et du traitement des données auxquelles elles sont liées. Les données utilisées à des fins de prospection commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à votre initiative. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle.

D. Vous, et vos ayants droit, disposez 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 vous concernant. Toutes les demandes donneront lieu à une première réponse de la Mutuelle dans un délai d'un mois.

Certaines données pourront être exclues du champ des droits d'accès dans certaines circonstances, notamment dans le cadre du respect d'une obligation légale de la Mutuelle. Une justification de votre identité pourra vous être demandée afin de prendre en compte votre demande.

Vous pouvez, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données soit par mail à dpo.smf@solimut.fr, soit par courrier à DPO - SMF, Castel Office - 7 quai de la Joliette - 13002 MARSEILLE. À la suite de votre contact avec le Délégué à la Protection des Données, et en cas de désaccord concernant le traitement de vos données, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

E. De plus, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société SAS CONSOPROTEC, sise 19 rue de la Vallée-Maillard, 41000 Blois, France, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services de la Mutuelle par voie électronique (courriel, SMS, MMS).

☐ Non, je ne souhaite pas recevoir de promotions et sollicitations de la Mutuelle par voie postale ou téléphonique.

☐ Oui, je souhaite recevoir des informations sur les produits et services des partenaires commerciaux de la Mutuelle.

Le signataire certifie exactes les informations communiquées et reconnaît avoir pris connaissance des statuts de la Mutuelle, de la notice d'information et du contenu de la garantie.

Le signataire s'engage à informer la Mutuelle de toute modification de sa situation et/ou de celle de ses ayants droit.

À

Signature de l'assuré(e) :

le | | | | | | | | |

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Produit : Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités des IEG

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

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

Le produit « CSMR » est une couverture surcomplémentaire collective santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de soins santé de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, venant en complément des remboursements Camieg pour la part de base et complémentaire. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux ou médicaux des médecins adhérents au DPTAM, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et prélèvements, imagerie médicale.
- ✓ **Pharmacie** : Pansements.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie correctrice.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, soins prothétiques et prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie, détartrage annuel.
- ✓ **Matériel médical** : Forfait d'entretien des prothèses auditives, véhicule pour personne handicapée, prothèses capillaires.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale, vaccins, pilule contraceptive dite de 3^e et 4^e génération, ostéodensitométrie, pack prévention annuel, médecines complémentaires, équipement handicap.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et audioprothésistes partenaires).
- ✓ Téléconsultation 24h/24 7j/7
- ✓ Conseil sur les remboursements de vos devis dentaires et optiques
- ✓ Tiers payant pour les professionnels de santé conventionnés sur présentation de la carte mutualiste.
- ✓ Extranet adhérent 24h/24.
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins.
- ✓ Site Web de prévention.

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ La pharmacie sur la base du tarif de responsabilité
- ✗ Les frais de transport sanitaires
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les établissements longs séjours, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non remboursés par le régime obligatoire Camieg (sauf mention contraire).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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 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 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



PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

! **Hospitalisation et maternité** : dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné. Ce plafond est à considérer hors prise en charge du Ticket Modérateur. Il ne concerne donc que les dépassements d'honoraires éventuels.

! **Chambre particulière** : séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée, dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire en médecine, chirurgie et maternité, dans la limite de 45 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie.

! **Optique** : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de sa date d'acquisition 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.

! **Médecine complémentaire** : limitée à 12 séances par an et par bénéficiaire.

Le remboursement de ces actes de médecine complémentaire hors nomenclature est subordonné obligatoirement à l'indication :

- Du numéro ADELI ou RPPS pour les ostéopathes et les chiropracteurs,

- Du numéro de diplôme pour les étioopathes

- Du numéro FINESS ou RPPS du professionnel de santé pour les actes d'acupuncture qui doivent être réalisés par un médecin inscrit à l'ordre des médecins



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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 Camieg et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge par le contrat.



Quelles sont mes obligations ?

À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- Renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

EN COURS DE CONTRAT :

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et de tout autre organisme, et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant, de la facture.
- Déclarer à la Mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations des assurés sont dues mensuellement et d'avance.
- La cotisation est prélevée mensuellement sur le compte bancaire du choix de l'adhérent, le 10 de chaque mois.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet, le 1^{er} jour suivant la réception de l'intégralité des pièces demandées avant le 10 du mois. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- L'assuré peut mettre fin individuellement à son adhésion :
- Annuellement, en formulant une demande au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année. La résiliation de l'assuré entraîne celle de ses ayants droit.
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.

