



GUIDE PRATIQUE

GUIDE DÉDIÉ AUX AGENTS IEG & LEUR FAMILLE

Février 2024

LA SOLIDARITÉ
C'EST NOTRE
PROTECTION

activités
sociales
de l'énergie



www.ccas.fr

www.ccas.fr

Solimut
mutuelle
de France

GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

GARANTIE

CSMR

csmr

Couverture supplémentaire
maladie des retraités

SOMMAIRE

COMPRENDRE MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE DES RETRAITÉS	5
1 Comment puis-je adhérer ?	5
2 Ma famille peut-elle également adhérer ?	5
3 Les membres de ma famille, non couverts par la Camieg, peuvent-ils adhérer à la CSMR ?	5
4 Les veufs(ves), orphelins, conjoints divorcés et les personnes conventionnées CCAS retraitées peuvent-ils adhérer à la CSMR ?	5
5 Sur quelle base la cotisation est-elle calculée pour les orphelins ?	5
6 Mon conjoint affilié à la Camieg et bénéficiant déjà d'une mutuelle complémentaire peut-il adhérer ?	5
7 Si je touche une pension provisoire de retraite et/ou d'invalidité, puis-je adhérer ?	6
8 Je suis actuellement malade, devrai-je passer une visite médicale pour que mon adhésion soit acceptée ?	6
9 À quelle date prend effet mon adhésion et celle de mes éventuels ayants droit ?	6
10 Que faire si j'ai déjà une mutuelle surcomplémentaire ?	6
11 Que dois-je faire en cas de modification de ma situation personnelle ?	6
12 Que faire en cas de changement de situation fiscale en cours d'année ?	7
13 100 % Santé : quelles évolutions pour CSMR ?	7
QUEL EST LE MONTANT DE MA COTISATION ?	8
14 Avant aide à l'adhésion	8
15 Réductions possibles après aide à l'adhésion	8
EXEMPLES DE CALCUL DU MONTANT DE LA COTISATION CSMR	10
QUESTIONS SUR MA COTISATION CSMR	12
16 Comment acquitter ma cotisation ?	12
17 Comment ma cotisation est-elle annuellement réajustée ?	12
18 Si je suis le seul adhérent pourquoi prend-on le coefficient social de ma famille pour calculer ma cotisation ?	12
19 Quelle formule dois-je choisir si nous sommes 2 agents des IEG dans le couple ?	12
20 Qu'est-ce que le mécanisme « Passerelles » ?	12
21 Quand ai-je droit à ma réduction IDCP ?	12
22 Comment fonctionne l'ensemble des réductions auxquelles je bénéficie sur le contrat CSMR ?	12
23 Avons-nous droit à une réduction si nous sommes 2 agents des IEG dans le couple avec chacun un contrat IDCP ?	13
24 Pourquoi prend-on le 65 ^e anniversaire pour le calcul de mon ancienneté au contrat IDCP ?	13
25 Ai-je droit à une réduction si j'étais adhérent au contrat Obsèques AG2R ?	13
26 Quelle mesure me propose la CCAS si je bénéficie de la gratuité de ma cotisation CSMR et que je possède un contrat IDCP ?	13
27 Puis-je bénéficier d'une garantie complémentaire à CSMR ?	13
28 En cas de modification de ma situation en cours d'adhésion, me permettant de bénéficier d'une réduction de ma cotisation, à quelle date prendra effet cette modification ?	13
QUESTIONS SUR MES REMBOURSEMENTS CSMR	14
29 Quelles sont les prestations de la CSMR ?	14
30 Qu'est-ce que « le parcours de soins coordonnés » ?	14
31 IMPORTANT : à qui dois-je m'adresser si je veux obtenir une aide exceptionnelle ?	14
COMMENT ME FAIRE REMBOURSER ?	15
32 Cas généraux	15
33 Cas particuliers	15
33.1 Soins courants	15
33.2 Optique	15
33.3 Dentaire	16
33.4 Hospitalisation	16
33.5 Autres prestations	16
34 Autres cas particuliers : retraités des IEG couverts par la mutuelle de leur conjoint	17
35 Soins à l'étranger	17

SOMMAIRE

QUELQUES EXEMPLES DES PRESTATIONS CSMR	18
36 Hospitalisation	18
37.1 Forfait journalier	18
37.2 Chambre particulière	18
37 Consultation	19
37.1 Consultation d'un généraliste avec dépassement d'honoraires adhérent au DPTAM	19
37.2 Consultation d'un spécialiste avec dépassement d'honoraires adhérent au DPTAM	19
38 Dentaire	20
38.1 Prothèse dentaire Panier 100% Santé (couronne céramo-métallique)	20
38.2 Prothèse dentaire panier libre (couronne céramo-céramique)	20
38.3 Implant dentaire	21
39 Optique	22
39.1 Optique adulte classe A (Panier 100% Santé) : monture + 2 verres simples (un équipement tous les deux ans)	22
39.2 Optique adulte classe B (Panier Libre) : monture + 2 verres simples (un équipement tous les deux ans)	22
39.3 Optique adulte classe A (panier 100% santé) : monture + 2 verres complexes (un équipement tous les deux ans)	23
39.4 Optique adulte classe B (Panier Libre) : monture + 2 verres complexes (un équipement tous les deux ans)	23
39.5 Optique adulte : lentilles refusées par la Sécurité sociale	24
40 Cures thermales : participation sur l'hébergement et le transport	24
NOTICE D'INFORMATION	25
LA GRILLE DE COUVERTURE 2024 DE MES DÉPENSES DE SANTÉ	31
DOCUMENTS À RENVOYER	37
AIDE AU CALCUL DE VOTRE COTISATION CSMR ET DE SON OPTION	38
AIDE AU REMPLISSAGE DU BULLETIN D'ADHÉSION	41
FICHE DE DEVOIR DE CONSEIL EN SANTÉ	42
BULLETIN D'ADHÉSION CSMR - CONFIANCE	44
MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA	46
ATTESTATION/MANDAT - RÉSILIATION	47
BULLETIN DE MODIFICATION	48
DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE - SOLIMUT	50
LEXIQUE	52
SERVICES & CONTACTS	54

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

COMPRENDRE MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE DES RETRAITÉS

1 - COMMENT PUIS-JE ADHÉRER ?

- En renvoyant à Solimut Mutuelle de France, le bulletin d'adhésion joint à ce guide dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives nécessaires (page 37) ;
- Ou en vous connectant sur le site internet de la CCAS (www.ccas.fr ou assurances-personnes-ccas.com) ou de Solimut Mutuelle de France (<https://www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr/>). Vous pouvez effectuer une simulation de votre cotisation, éditer le bulletin d'adhésion, les documents contractuels et les renvoyer signés à Solimut Mutuelle de France accompagnés des pièces justificatives nécessaires.

2 - MA FAMILLE PEUT-ELLE ÉGALEMENT ADHÉRER ?

- Peuvent adhérer à la CSMR les membres de votre famille, époux (se) 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. Dans ce cas, quel que soit le nombre de personnes couvertes, vous paierez la cotisation « famille » ;
- Pour l'adhésion des membres de votre famille à la CSMR vous devez les faire figurer sur le bulletin d'adhésion avant transmission à Solimut Mutuelle de France ;
- Si votre conjoint est ouvrant droit de la CCAS, veuillez mentionner sur le bulletin d'adhésion son NIA ;
- Votre adhésion et celle de vos ayants droit donneront lieu à l'envoi d'une carte mutualiste qui mentionnera votre numéro d'adhérent.

3 - LES MEMBRES DE MA FAMILLE, NON COUVERTS PAR LA CAMIEG, PEUVENT-ILS ADHÉRER À LA CSMR ?

Non, les personnes qui ne sont pas couvertes par la Camieg ne peuvent pas adhérer à la CSMR.

4 - LES VEUF(S), ORPHELINS, CONJOINTS DIVORCÉS ET LES PERSONNES CONVENTIONNÉES CCAS RETRAITÉES PEUVENT-ILS ADHÉRER À LA CSMR ?

- 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 visées à l'article 3 de la 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 adhérer à la CSMR et à l'option facultative Confiance.

5 - SUR QUELLE BASE LA COTISATION EST-ELLE CALCULÉE POUR LES ORPHELINS ?

Le coefficient social retenu correspond à celui du représentant légal ou à défaut aux propres revenus de l'orphelin.

6 - MON CONJOINT AFFILIÉ À LA CAMIEG ET BÉNÉFICIAIRE DÉJÀ D'UNE MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE PEUT-IL ADHÉRER ?

Votre conjoint peut également adhérer à la CSMR si vous adhérez en formule « famille ». Solimut procédera à la connexion auprès de la Camieg pour les échanges au niveau de la télétransmission.

Votre conjoint devra alors transmettre les décomptes auprès de son autre mutuelle complémentaire jusqu'à concurrence du montant de la dépense réelle.

7 - SI JE TOUCHE UNE PENSION PROVISOIRE DE RETRAITE ET/OU D'INVALIDITÉ, PUIS-JE ADHÉRER ?

Non, vous ne pouvez pas adhérer au présent contrat, car tous les agents percevant une pension provisoire sont couverts à titre obligatoire par la couverture supplémentaire maladie des actifs et ce, jusqu'à leur mise en inactivité définitive.

8 - JE SUIS ACTUELLEMENT MALADE, DEVRAI-JE PASSER UNE VISITE MÉDICALE POUR QUE MON ADHÉSION SOIT ACCEPTÉE ?

Non, aucune visite médicale n'est exigée quel que soit votre âge ou votre état de santé au moment de l'adhésion.

9 - À QUELLE DATE PREND EFFET MON ADHÉSION ET CELLE DE MES ÉVENTUELS AYANTS DROIT ?

Votre adhésion prend effet à la date indiquée sur votre bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet, étant précisé que la date renseignée sur le bulletin d'adhésion doit être au plus tôt le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, 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.

Aucun délai de carence n'est appliqué dans le cadre du contrat CSMR : les garanties prennent effet à la date d'adhésion au contrat.

- 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 bulletin de modification complet accompagné des pièces justificatives, le cachet de la poste faisant foi.

- Si vous bénéficiez déjà de la garantie de base CSMR, et que vous souhaitez adhérer à l'option Confiance, vous devez adresser à la Mutuelle un bulletin de modification « Demande ajout à l'option Confiance », et le devoir de conseil, dûment complétés. Aucun délai de carence ne sera appliqué. La date d'effet de cette modification du niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle du bulletin de modification complet accompagné des pièces justificatives, le cachet de la poste faisant foi.

10 - QUE FAIRE SI J'AI DÉJÀ UNE MUTUELLE SURCOMPLÉMENTAIRE ?

Si vous souhaitez adhérer au contrat CSMR et profiter de ses avantages, mais que vous êtes déjà garantis par une autre surcomplémentaire santé, vous avez la possibilité de résilier votre contrat en cours moyennant le respect du délai de préavis fixé.

Le préavis est de 2 mois en général, mais cette information est à vérifier dans la Notice d'Information de votre contrat.

IMPORTANT :

Depuis le 1^{er} Décembre 2020, la loi relative à la «résiliation infra-annuelle» vous permet de résilier votre assurance complémentaire santé, à tout moment, sous réserve que vous soyez adhérent depuis au moins un an au contrat.

Pour profiter des conditions de la résiliation infra-annuelle, vous devez être adhérent au minimum depuis un an au contrat pour pouvoir résilier à tout moment votre contrat en cours d'année. Si ces conditions sont réunies, vous pouvez résilier votre contrat de complémentaire santé par l'envoi d'une lettre, par mail, sur votre Espace Adhérent si l'organisme assureur vous le propose, ou tout autre moyen prévu au contrat.

Si vous décidez de changer de complémentaire santé pour adhérer à la CSMR, sachez que Solimut Mutuelle de France peut réaliser, en votre nom et pour votre compte, les formalités de résiliation de votre contrat auprès de votre ancien organisme assureur. Pour cela, il vous suffit de retourner complété et signé le Mandat aux fins de prise en charge des formalités de résiliation prévu à cet effet et disponible dans ce Guide Pratique. La prise d'effet de la résiliation aura lieu 1 mois après réception de la demande par l'ancien assureur. Votre ancien assureur est tenu de vous rembourser des éventuelles cotisations trop perçues.

Pour bénéficier de CSMR et de l'option Confiance, merci de retourner votre dossier d'adhésion à :



SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
SERVICE CSMR

TSA 21123

06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex

11 - QUE DOIS-JE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DE MA SITUATION PERSONNELLE ?

Vous devez déclarer à Solimut Mutuelle de France tout changement de situation familiale (mariage, divorce, décès, ayant droit perdant son affiliation à la Camieg...) et personnelle (adresse postale, adresse e-mail, coordonnées bancaires...) dans les plus brefs délais :

- Soit sur le site internet www.solimut-mutuelle.fr/espace-personnel (rubrique Adhérent) ;
- Soit en adressant à Solimut Mutuelle de France votre demande, accompagnée des justificatifs.

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.

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.

Si vous êtes déjà adhérent CSMR et que vous souhaitez ajouter à votre contrat un ou plusieurs bénéficiaires de votre famille (conjoint et/ou enfant(s)), un bulletin de modification « Ajout de bénéficiaires », ainsi que le devoir de conseil est mis à votre disposition dans ce Guide Pratique et est à retourner dûment complété à CSMR Solimut Mutuelle de France.

12 - QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION FISCALE EN COURS D'ANNÉE ?

Dans le cas d'un changement de situation fiscale de l'adhérent en cours d'année (veuvage, divorce, etc.), aucune modification de la tranche de revenus ne sera prise en compte pour l'année en cours ; la nouvelle tranche de revenus sera prise en compte l'année suivante sur présentation du dernier avis d'imposition.

Si vous ne souhaitez pas communiquer votre avis d'imposition, le montant de la cotisation maximale vous sera appliqué.

13 - 100% SANTÉ : QUELLES ÉVOLUTIONS POUR CSMR ?

Avec le « 100% santé », les garanties de votre contrat mutualiste CSMR dit « responsable » ont évolué depuis le 1^{er} janvier 2020 pour s'adapter aux dernières conditions de la réforme gouvernementale qui vise à renforcer l'accès aux soins des postes reconnus comme les plus coûteux : les lunettes, les prothèses dentaires et auditives, sur une sélection de soins et d'équipements. Ce dispositif permet le remboursement intégral de certains soins dans les domaines de l'optique, de l'audiologie et du dentaire.

Cela signifie que pour certaines dépenses de santé, vous n'avez plus de reste à charge. L'objectif principal de la réforme est de prévenir le renoncement aux soins et de faciliter l'accès à certains équipements pour le plus grand nombre d'assurés.

Attention, il ne s'agit en aucun cas d'une solution pour couvrir toutes les dépenses de santé. Des dépassements d'honoraires et des dépenses de santé non prises en charge existent toujours. Dans les domaines concernés (optique, audiologie, dentaire), il est toujours possible de choisir des équipements, des appareils ou des soins plus complets, avec un reste à charge pour vous. Ce reste à charge dépend des conditions prévues dans votre contrat CSMR.

Les mécanismes du 100% santé - RAC 0 :

- **En Optique :** Le dispositif fonctionne uniquement sur 17 montures et verres adultes et 10 montures et verres enfants (de 2 couleurs différentes), à prix limite de vente.
- **En dentaire :** Il ne fonctionne que pour certaines prothèses dentaires en fonction du matériau et de l'emplacement de la dent. L'orthodontie, l'implantologie, la parodontie sont des actes qui ne rentrent pas dans le dispositif. Seulement certaines dents et matériaux sont concernés par le panier de soins RAC 0.

Vous pouvez continuer de choisir les techniques et matériaux qui vous conviennent. Les dépassements d'honoraires font partie du panier de soins à tarifs libres. Par conséquent, votre reste à charge dépend du remboursement prévu par vos garanties Camieg et CSMR. L'option Confiance du contrat CSMR vous permet également de réduire ce reste à charge.

- **En audiologie :** Les aides auditives de classe I sont soumises à un prix limite de vente (le plafond est de 950 €) et sont entièrement remboursées par la Camieg. La prise en charge des prothèses auditives de Classe II est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsables soit 1 700 € par oreille. Le décret 100% santé impose des prix limite de vente et plafonds. Dans le cadre du caractère responsable du contrat, Solimut Mutuelle de France respecte cet engagement.

QUEL EST LE MONTANT DE MA COTISATION ?

14 - AVANT AIDE À LA COTISATION

Il vous est proposé deux formules d'adhésion :

- **Isolé** : vous êtes seul adhérent : le montant de votre cotisation mensuelle s'élève à 54,38€ avant aide à l'adhésion du comité de coordination ;
- **Famille** : pour vous et vos ayants droit couverts par la Camieg : le montant de votre cotisation mensuelle s'élève à 101,07€ avant aide à l'adhésion du comité de coordination.

15 - RÉDUCTIONS POSSIBLES APRÈS AIDE À L'ADHÉSION DU COMITÉ DE COORDINATION

Le Comité de Coordination permet d'allouer des réductions de cotisation CSMR.

➤ Une diminution de la cotisation en fonction du coefficient social

Afin d'aider les foyers les plus modestes, le Conseil d'administration de la CCAS a tout d'abord décidé une diminution

de la cotisation en fonction du coefficient social du foyer. Le coefficient social se calcule en divisant votre revenu fiscal de référence par le nombre de parts. Ces éléments figurent sur votre avis d'imposition. Une copie de cet avis devra être fournie lors de votre adhésion, puis tous les ans à Solimut Mutuelle de France pour valider le montant de votre cotisation.

➤ Une diminution supplémentaire de votre cotisation grâce au principe « Passerelles »

Le Conseil d'administration de la CCAS a décidé d'apporter une réduction supplémentaire à votre cotisation CSMR (hors option) si vous avez un ou plusieurs contrats d'assurance de personnes avec la CCAS.

Ce principe consiste à fidéliser les bénéficiaires ayant plusieurs contrats avec la CCAS et à inciter les autres à mieux garantir leurs risques et ceux de leur famille.

Les montants des diminutions de cotisation sont décidés annuellement par délibération du Conseil d'administration de la CCAS.

Les tarifs en fonction de vos contrats d'assurance de personnes sont les suivants (ceux-ci sont établis sur la base de la législation fiscale et sociale en vigueur à la date d'édition du présent guide et applicable aux contrats solidaires et responsables) :

VOUS N'AVEZ AUCUN AUTRE CONTRAT				
Formule	Avant l'aide à l'adhésion	Coefficient social inférieur ou égal à 10 519 €	Coefficient social de 10 520 € à 24 955 € inclus	Coefficient social supérieur à 24 955 €
ISOLÉ	54,38€	Adhésion prise en charge par la CCAS sur justificatifs	Cotisation progressive entre 32,63€ et 46,23€*	46,23€
FAMILLE	101,07€		Cotisation progressive entre 60,64€ et 85,91€*	85,91€

* Veuillez vous référer à votre simulateur CSMR disponible sur le site www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou www.ccas.fr afin de connaître le montant exact de votre cotisation.

VOUS ÊTES ADHÉRENT À OBSÈQUES (CNP OU AG2R) OU DÉPENDANCE				
Formule	Avant l'aide à l'adhésion	Coefficient social inférieur ou égal à 10 519 €	Coefficient social de 10 520 € à 24 955 € inclus	Coefficient social supérieur à 24 955 €
ISOLÉ	54,38€	Adhésion prise en charge par la CCAS sur justificatifs	Cotisation progressive entre 31,00€ et 43,92€*	43,92€
FAMILLE	101,07€		Cotisation progressive entre 57,61€ et 81,61€*	81,61€

* Veuillez vous référer à votre simulateur CSMR disponible sur le site www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou www.ccas.fr afin de connaître le montant exact de votre cotisation.

VOUS ÊTES ADHÉRENT À OBSÈQUES (CNP OU AG2R) ET DÉPENDANCE				
Formule	Avant l'aide à l'adhésion	Coefficient social inférieur ou égal à 10 519 €	Coefficient social de 10 520 € à 24 955 € inclus	Coefficient social supérieur à 24 955 €
ISOLÉ	54,38€	Adhésion prise en charge par la CCAS sur justificatifs	Cotisation progressive entre 29,37€ et 41,61€*	41,61€
FAMILLE	101,07€		Cotisation progressive entre 54,58€ et 77,32€*	77,32€

* Veuillez vous référer à votre simulateur CSMR disponible sur le site www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou www.ccas.fr afin de connaître le montant exact de votre cotisation.



Une diminution supplémentaire de votre cotisation si vous êtes adhérent IDCP

Le Conseil d'administration de la CCAS a également décidé d'apporter une réduction complémentaire à votre cotisation CSMR si vous êtes adhérent à un contrat IDCP (A, M, F ou N).

Cette diminution sera calculée lors de votre adhésion à la CSMR en fonction de votre ancienneté à l'âge de 65 ans dans le premier contrat IDCP souscrit.

Toutefois vous devrez toujours être adhérent à un contrat IDCP lors de votre adhésion à la CSMR et, pour que cette réduction soit pérenne, conserver un contrat IDCP jusqu'à son terme.

Vous ne bénéficiez pas de cette réduction si vous avez perçu un reversement de cotisation à l'âge terme de votre contrat IDCP M pour une date de sortie avant le 1^{er} janvier 2011.

Ancienneté IDCP projetée à votre 65 ^e anniversaire	Réduction mensuelle de votre cotisation
15 ans et moins	0 €
De 16 à 25 ans	2€
De 26 à 35 ans	4€
À partir de 36 ans	6€

IMPORTANT

Les réductions de cotisation CSMR, grâce aux passerelles sur les contrats de personnes, supposent :

- Pour Obsèques et Dépendance, d'être toujours adhérent à ces contrats ;
- Pour IDCP, d'être adhérent au moment de l'adhésion à CSMR et de conserver IDCP jusqu'à son terme*.

* Sauf pour les personnes ayant perçu un reversement de cotisation IDCP M au titre d'une sortie avant le 1^{er} janvier 2011.

Abattement tarifaire de 15,63 %

À compter du 1^{er} janvier 2024, lors de la première année de l'adhésion de l'ouvrant droit et de ses éventuels ayants droit au contrat collectif facultatif, vous bénéficiez d'un abattement de votre cotisation à hauteur de 15,63 % sur 12 mois. Cet abattement est calculé après déduction des réductions déjà prévues au contrat.

L'option Confiance ne bénéficie pas de cet abattement. La cotisation de vos ayants droit bénéficie de la réduction pour les mois restants, si leur affiliation est effectuée au cours de votre première année d'adhésion. Toute résiliation de votre adhésion entraîne la cessation du bénéfice de cette réduction de cotisation, même si vous réadhérez dans les 12 mois et n'est valable qu'une seule fois par ouvrant droit.

OPTION FACULTATIVE DE RENFORT CONFIANCE :

4 ^e niveau après la part CSMR pour des remboursements complémentaires	Formule Isolé ⁽¹⁾	OU	Formule Famille ⁽²⁾
	COTISATION MENSUELLE		COTISATION MENSUELLE
CONFIANCE	10€		20€

(1) Si vous avez choisi la « Formule Isolé » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Isolé ».

(2) Si vous avez choisi la « Formule Famille » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Famille ».

À noter que l'option Confiance ne bénéficie d'aucune diminution de cotisation.

L'ensemble des réductions applicables aux cotisations peuvent être revues chaque année. En cas d'adhésion pour une prise d'effet au 1^{er} 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.

EXEMPLES DE CALCUL DU MONTANT DE LA COTISATION CSMR

EXEMPLE 1

Informations sur la personne :

M. DUPONT est né en 1953 et retraité depuis 2 ans.

Il est adhérent à IDCP depuis 1979 ; il a de plus adhéré à l'assurance Dépendance de la CCAS en juin 2006.

Enfin, il a souscrit le contrat Obsèques CNP de la CCAS. Son coefficient social est de 22 000€.

Son épouse n'est pas affiliée à la Camieg.

Il n'a pas d'enfant à charge.

Il adhère à la formule **Isolé** de la CSMR.

Sa cotisation mensuelle est de :

Cotisation mensuelle avant l'aide à adhésion	54,38€
En raison de ses adhésions aux contrats Dépendance et Obsèques CNP et de son coefficient social de 22 000€, sa cotisation devient :	39,09€*
Réduction IDCP au titre de ses 41 années d'ancienneté à 65 ans	6€
COTISATION MENSUELLE FINALE	33,09€
COTISATION MENSUELLE POUR LA 1^{RE} ANNÉE D'ADHÉSION**	27,92€
VOUS ÊTES ADHÉRENT À OBSÈQUES (CNP OU AG2R) ET DÉPENDANCE	
Année de naissance	1953
+ 65 ans	+65
- année de souscription à IDCP	-1979
RÉSULTAT	39

* Veuillez vous référer à votre simulateur CSMR disponible sur le site www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou www.ccas.fr afin de connaître le montant exact de votre cotisation.

** À compter du 1^{er} janvier 2024, lors de la première année de l'adhésion de l'ouvrant droit et de ses éventuels ayants droit au contrat collectif facultatif, vous bénéficiez d'un abattement de votre cotisation à hauteur de 15,63% sur 12 mois. Cet abattement est calculé après déduction des réductions déjà prévues au contrat. L'option Confiance ne bénéficie pas de cet abattement. La cotisation de vos ayants droit bénéficie de la réduction pour les mois restants, si leur affiliation est effectuée au cours de votre première année d'adhésion. Toute résiliation de votre adhésion entraîne la cessation du bénéfice de cette réduction de cotisation, même si vous réadhérez dans les 12 mois et n'est valable qu'une seule fois par ouvrant droit.

EXEMPLE 2

Informations sur la personne :

M. MARTIN est né en 1952 et retraité depuis l'année dernière.

Il est adhérent à IDCP depuis 1994 ; il n'a aucun autre contrat. Son coefficient social est de 12 000€.

Son épouse est affiliée à la Camieg.

Il a encore 2 enfants à charge, affiliés eux aussi à la Camieg.

Il adhère à la formule **Famille** de la CSMR.

Sa cotisation mensuelle est de :

Cotisation mensuelle avant l'aide à l'adhésion	101,07€
Ne disposant d'aucun autre contrat et d'un coefficient social de 12 000€, sa cotisation devient :	63,23€*
Réduction IDCP au titre de ses 23 années d'ancienneté à 65 ans	2€
COTISATION MENSUELLE FINALE	61,23€
COTISATION MENSUELLE POUR LA 1^{RE} ANNÉE D'ADHÉSION**	51,66€
CALCUL DU NOMBRE D'ANNÉES D'ANCIENNETÉ PRIS EN COMPTE POUR IDCP	
Année de naissance	1952
+ 65 ans	+65
- année de souscription à IDCP	-1994
RÉSULTAT	23

EXEMPLE 3

Informations sur la personne :

Mme JEAN est née en 1937 et retraitée depuis plusieurs années.

Elle a été adhérente à IDCP jusqu'à 68 ans, de 1960 à 2005. En 2005, elle a bénéficié du reversement de cotisation IDCP.

Elle avait souscrit le contrat Obsèques AG2R de la CCAS.

Son coefficient social est de 11 000€.

Elle adhère à la formule **Isolé** de la CSMR.

Sa cotisation mensuelle est de :

Cotisation mensuelle avant l'aide à l'adhésion	54,38€
En raison de son adhésion au contrat Obsèques AG2R et de son coefficient social de 11 000€, sa cotisation devient :	31,43€*
Pas de réduction IDCP car elle a bénéficié du reversement de cotisation	0€
COTISATION MENSUELLE FINALE	31,43€
COTISATION MENSUELLE POUR LA 1^{RE} ANNÉE D'ADHÉSION**	26,52€

* Veuillez vous référer à votre simulateur CSMR disponible sur le site www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou www.ccas.fr afin de connaître le montant exact de votre cotisation.

** À compter du 1^{er} janvier 2024, lors de la première année de l'adhésion de l'ouvrant droit et de ses éventuels ayants droit au contrat collectif facultatif, vous bénéficiez d'un abattement de votre cotisation à hauteur de 15,63 % sur 12 mois. Cet abattement est calculé après déduction des réductions déjà prévues au contrat. L'option Confiance ne bénéficie pas de cet abattement. La cotisation de vos ayants droit bénéficie de la réduction pour les mois restants, si leur affiliation est effectuée au cours de votre première année d'adhésion. Toute résiliation de votre adhésion entraîne la cessation du bénéfice de cette réduction de cotisation, même si vous réadhérez dans les 12 mois et n'est valable qu'une seule fois par ouvrant droit.

QUESTIONS SUR MA COTISATION CSMR

16 - COMMENT ACQUITTER MA COTISATION ?

Votre cotisation est prélevée mensuellement sur le compte bancaire de votre choix, le 10 de chaque mois. À cet effet, un relevé d'identité bancaire (RIB) ainsi qu'un Mandat SEPA doivent être joints à votre dossier d'adhésion (ne pas omettre de remplir les coordonnées précises de votre agence bancaire qui ne sont pas toujours indiquées sur votre RIB).

17 - COMMENT MA COTISATION EST-ELLE ANNUELLEMENT RÉAJUSTÉE ?

Votre cotisation sera réajustée au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de votre situation personnelle, familiale ou fiscale, l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

Chaque année, vous devrez transmettre à Solimut Mutuelle de France votre dernier avis d'imposition afin de calculer votre cotisation pour l'année suivante.

Solimut vous informera de la date à partir de laquelle vous pourrez leur envoyer votre avis d'imposition. La collecte est réalisée sous format dématérialisée.

Cependant, en cas d'impossibilité de transmettre les éléments par cette voie, la démarche pourra être réalisée par voie postale. Les éléments devront être communiqués au plus tard le 30 novembre.

IMPORTANT :

Si les informations ne parviennent pas à Solimut Mutuelle de France dans les délais prévus, le montant de la cotisation maximale vous sera appliqué dès le 1^{er} janvier de la nouvelle année.

18 - SI JE SUIS LE SEUL ADHÉRENT POURQUOI PREND-ON LE COEFFICIENT SOCIAL DE MA FAMILLE POUR CALCULER MA COTISATION ?

La diminution de votre cotisation est possible grâce à un choix délibéré du Conseil d'administration (CA) de la CCAS qui a décidé d'aider financièrement ses bénéficiaires retraités à améliorer leur protection sociale. Ce choix n'est pas neutre. Il est motivé par nos valeurs de solidarité et a pour but de réduire les inégalités sociales des familles. À ce titre, le CA de la CCAS a considéré plus équitable que sa contribution sociale se fasse en fonction du coefficient social calculé à partir de l'avis d'imposition sur lequel apparaît l'ouvrant droit.

19 - QUELLE FORMULE DOIS-JE CHOISIR SI NOUS SOMMES 2 AGENTS DES IEG DANS LE COUPLE ?

Le Conseil d'administration de la CCAS préconise d'appliquer la formule « famille », plus favorable pour vous, car elle couvre le couple de retraités et éventuellement les enfants, s'ils sont toujours affiliés à la Camieg.

20 - QU'EST-CE QUE LE MÉCANISME « PASSERELLES » ?

Il s'agit d'un mécanisme de réduction appliqué sur la cotisation CSMR pour les bénéficiaires ayant plusieurs contrats de personnes avec la CCAS (Dépendance, Obsèques, IDCP).

21 - QUAND AI-JE DROIT À MA RÉDUCTION IDCP ?

Peuvent prétendre à la réduction IDCP sur leur cotisation CSMR (hors option), les agents en inactivité de 71 ans ou 79 ans selon vos garanties souscrites au 1^{er} janvier 2011, titulaires d'un contrat IDCP A et/ou IDCP M, ou IDCP N, ou IDCP F en cours au moment de l'adhésion, et qui n'ont pas bénéficié du reversement de cotisation IDCP M ancienne formule.

Pour rappel, si vous résiliez volontairement vos garanties IDCP avant l'âge terme, ladite réduction ne vous sera plus accordée à partir de votre date de résiliation de vos garanties IDCP.

22 - COMMENT FONCTIONNE L'ENSEMBLE DES RÉDUCTIONS AUXQUELLES JE BÉNÉFICIE SUR LE CONTRAT CSMR ?

Les réductions accordées au titre de l'aide à l'adhésion du comité de coordination sont soumises à la délibération annuelle de la Session du Comité de coordination, après avis de l'Assemblée générale des CMCAS.

Les réductions IDCP accordées au titre des réserves IDCP sont soumises à la délibération annuelle du Conseil d'administration de la CCAS.

L'ensemble des réductions applicables aux cotisations peuvent être revues chaque année. En cas d'adhésion pour une prise d'effet au 1^{er} 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.

23 - AVONS-NOUS DROIT À UNE RÉDUCTION SI NOUS SOMMES 2 AGENTS DES IEG DANS LE COUPLE AVEC CHACUN UN CONTRAT IDCP ?

Les réductions de vos 2 contrats IDCP se cumulent et viennent réduire votre cotisation CSMR Formule Famille, à condition que vous mentionniez sur le bulletin d'adhésion CSMR le NIA de votre conjoint.

24 - POURQUOI PREND-ON LE 65^e ANNIVERSAIRE POUR LE CALCUL DE MON ANCIENNETÉ AU CONTRAT IDCP ?

Afin que le calcul de l'ancienneté soit équitable pour tous, quel que soit l'âge de départ en inactivité ou d'adhésion à la CSMR, le Conseil d'administration de la CCAS a décidé de prendre un âge de référence à 65 ans.

C'est un âge théorique qui ne sert qu'au calcul de l'ancienneté dans le contrat IDCP pour définir la réduction de la cotisation CSMR.

25 - AI-JE DROIT À UNE RÉDUCTION SI J'ÉTAIS ADHÉRENT AU CONTRAT OBSÈQUES AG2R ?

Oui, le Conseil d'administration de la CCAS a décidé de mettre les adhérents au contrat Obsèques AG2R au même niveau que les adhérents au contrat Obsèques CNP et de leur faire également bénéficier d'une réduction de la cotisation CSMR.

26 - QUELLE MESURE ME PROPOSE LA CCAS SI JE BÉNÉFICIE DE LA GRATUITÉ DE MA COTISATION CSMR ET QUE JE POSSÈDE UN CONTRAT IDCP ?

Dans ce cas, le Conseil d'administration de la CCAS alloue un versement forfaitaire de 1 500 € au décès de chacun des bénéficiaires du contrat CSMR.

27 - PUIS-JE BÉNÉFICIER D'UNE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE À CSMR ?

Oui, avec l'option Confiance, vous bénéficiez de remboursements supplémentaires sur les principaux postes de santé. Le renfort de garanties Confiance vous permet d'améliorer votre couverture santé sur les dépassements d'honoraires de visites et de consultations de médecins, les frais d'optique (verres et chirurgie des yeux), l'implantologie et prothèses dentaires, le forfait chambre particulière...

À SAVOIR : VOUS ÊTES DÉJÀ ADHÉRENT OU VOUS SOUHAITEZ ADHÉRER À CSMR ?

Vous pouvez adhérer à l'option facultative de renfort « Confiance » de Solimut Mutuelle de France, et augmenter ainsi le niveau de vos remboursements complémentaires de CSMR.

Sachez qu'en tant qu'adhérent CSMR ou nouvel adhérent, l'option « Confiance » s'appliquera à l'ensemble des bénéficiaires du contrat CSMR.

	CSMR	Option Confiance
Adhérent	Isolé	= Isolé
	Famille	= Famille

28 - EN CAS DE MODIFICATION DE MA SITUATION EN COURS D'ADHÉSION, ME PERMETTANT DE BÉNÉFICIER D'UNE RÉDUCTION DE MA COTISATION, À QUELLE DATE PRENDRA EFFET CETTE MODIFICATION ?

En cas de modification de votre situation intervenant en cours d'adhésion, vous permettant de bénéficier d'une réduction de votre cotisation, celle-ci prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception des pièces. Sont visés l'ensemble des cas de réductions de cotisations, hors réduction liée au coefficient social.

QUESTIONS SUR MES REMBOURSEMENTS CSMR

29 - QUELLES SONT LES PRESTATIONS DE LA CSMR ?

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif servant de base à la Camieg pour effectuer ses remboursements.

La CSMR entre dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut :

- La prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € par acte ;
- La participation forfaitaire de 0,50€ par boîte de médicaments ;
- La participation forfaitaire de 0,50€ par acte d'auxiliaire médical (limité à 2€ par jour) ;
- La participation forfaitaire de 2 € par transport médical (limitée à 4 € par jour). Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50€ par année civile et par personne.
- Les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (ex : accès à un médecin spécialiste sans consultation du médecin traitant).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au DPTAM doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au DPTAM, en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

30 - QU'EST-CE QUE « LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS » ?

C'est le circuit que vous devez respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de votre remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,

- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par le contrat CSMR.

31 - IMPORTANT : À QUI DOIS-JE M'ADRESSER SI JE VEUX OBTENIR UNE AIDE EXCEPTIONNELLE ?

Le Conseil d'administration de la CCAS a demandé à l'assureur la création d'un fonds social, alimenté par un pourcentage de la cotisation (0,3 %). Il doit permettre à une Commission sociale d'examiner les situations particulièrement difficiles et d'attribuer le cas échéant des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations de la CSMR.

Toute demande d'aide exceptionnelle pourra être formulée auprès de Solimut, Commission Sociale CSMR pour examen.

Vous trouverez les éléments sur le site internet www.solimut-mutuelle.fr/espace-personnel ou en adressant un courrier à :



SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE
QUAOP / FONDS SOCIAL CSMR
CS 40602
13235 Marseille Cedex 02

COMMENT ME FAIRE REMBOURSER ?

IMPORTANT :

En tant que Caisse de Sécurité sociale des IEG, c'est toujours la Camieg qui est compétente pour les démarches concernant l'Assurance maladie (ex : carte européenne d'Assurance maladie, accord préalable, etc.).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter : www.camieg.fr ou le site internet de l'Assurance Maladie : www.ameli.fr

32 - CAS GÉNÉRAUX

C'est la Camieg, dans la plupart des cas, qui transmettra directement par voie électronique les informations nécessaires à Solimut Mutuelle de France pour vous rembourser les prestations de la CSMR. Vous n'avez donc pas besoin de transmettre votre décompte de la Camieg à Solimut Mutuelle de France. Le décompte que vous recevrez de la Camieg indiquera « transmis à votre mutuelle » si vous êtes adhérent à la CSMR. Nous vous conseillons néanmoins de le conserver.

33 - CAS PARTICULIERS

Pour le remboursement des prestations ci-dessous, vous devrez communiquer les documents à Solimut Mutuelle de France pour obtenir le remboursement de la CSMR.

33.1 Soins courants

- Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs : il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France, la facture nominative acquittée. La limitation à 12 séances par an s'entend par année civile et par personne couverte (bénéficiaire). Le remboursement des actes d'ostéopathie et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DES LIstes) et ceux des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de santé publique. Les actes d'acupuncture doivent être effectués par un médecin. Quant aux étiopathes, ils doivent être membres du Registre National des Étiopathes ;
- Analyses hors nomenclature : il convient d'adresser la facture nominative acquittée et la prescription médicale à Solimut Mutuelle de France ;
- Majoration du remboursement de 50 % pour les soins courants, précisés dans la grille de couverture, pour les personnes dont le taux de handicap est au moins égal à 80% : ce taux de handicap est attribué par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, ex-Cotorep) ou par la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité. Dans ce cas, une copie de votre carte attestant votre taux de handicap doit être adressée à Solimut Mutuelle de France lors de l'adhésion ou lors de la décision de la Commission.

33.2 Optique

- La prestation est limitée à une monture et une paire de verres tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition et par personne couverte (bénéficiaire) 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. Pour bénéficier du tiers payant sur le remboursement CSMR (paiement direct au professionnel de santé), il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France, une demande de prise en charge établie par votre opticien. Solimut Mutuelle de France lui adressera en retour un accord de prise en charge et celui-ci pourra transmettre directement la facture à Solimut Mutuelle de France ;
- Lentilles jetables : nous vous rappelons que la Camieg intervient pour un forfait annuel. Si besoin, Solimut Mutuelle de France pourra vous demander de fournir une copie de la ou des factures nominatives acquittées ;
- Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale : il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France une copie de la facture acquittée. Nous vous remercions de nous adresser au préalable un devis de votre praticien pour une estimation de votre prise en charge.
- Prise en charge d'un second équipement optique en cas de rejet sur les verres progressifs : les prestations optiques de CSMR s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue ;
- Vision de près et vision de loin : dans le cas où vous ne pouvez pas porter des verres progressifs, il est possible de faire le choix de 2 équipements optiques : une paire vision de près et une paire vision de loin. Cette prise en charge est toutefois conditionnée à une mention de la nécessité du double équipement par ordonnance du praticien. En cas d'absence d'ordonnance, aucune prise en charge ne sera acceptée et nous restons sur la prise en compte du 1^{er} équipement uniquement. Si vous souhaitez utiliser le forfait restant de son premier équipement sur la seconde paire de lunettes, vous devrez transmettre à Solimut Mutuelle de France les pièces justificatives listées ci-après.
Pour le bon traitement de la demande par le service prestations santé, les pièces à joindre obligatoirement à la demande de remboursement sont :
- Ordonnance du praticien : prescription d'une paire vision de près et d'une paire vision de loin + mention de l'impossibilité de porter des verres progressifs ;
- Facture de l'opticien ;
- Décompte de la Sécurité sociale.

33.3 Dentaire

- Prothèses acceptées par la Sécurité sociale : Solimut Mutuelle de France vous établira une simulation des remboursements ou sur demande de votre dentiste, un accord de prise en charge permettant le tiers payant (paiement direct au professionnel de santé). Les devis d'un montant supérieur à 8 000 € ou à 7 fois le tarif de base de la Sécurité sociale sont examinés par le chirurgien-dentiste consultant de Solimut Mutuelle de France.

Lors de la réception, soit de la facture par le professionnel de santé, soit de la télétransmission de la Camieg, Solimut Mutuelle de France procédera au versement uniquement s'il y a concordance sur la somme et la nature des actes avec le devis initial ;

- Prothèses non prises en charge par la Sécurité sociale mais figurant dans la nomenclature : les modalités sont identiques à celles indiquées ci-dessus ;
- Couronnes ou stellites provisoires, parodontologie, autres actes hors nomenclature : il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France la facture nominative acquittée indiquant le détail de la codification, l'acte pratiqué et le numéro de la dent soignée.

33.4 Hospitalisation

- Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné : il conviendra, si le remboursement de la Camieg n'est pas intégral, d'adresser à Solimut Mutuelle de France une copie de la facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier (dite formulaire 615 ou S 3404) et/ou de la note d'honoraires du/des praticien(s).

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

La particularité du Régime spécial d'Assurance Maladie et Maternité des Industries Électriques et Gazières nous amène à vous apporter les précisions suivantes pour bénéficier du tiers payant (absence d'avance de frais) en cas d'hospitalisation. Ces indications sont entrées en application le 1^{er} janvier 2011.

Cas général

La personne hospitalisée est gérée :

- 1^{er} et 2^e niveau : par la Camieg pour les prestations obligatoires de base et complémentaires (ticket modérateur) du régime spécial des IEG ;
- 3^e niveau : par Solimut Mutuelle de France pour la Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités (CSMR).

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1^{er} et 2^e niveau : sa carte Vitale mentionnant ses droits : la Camieg rembourse à l'établissement hospitalier les prestations obligatoires de base et le ticket modérateur ;
- 3^e niveau : sa carte mutualiste reçue de Solimut Mutuelle de France mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière, qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.

Cas particulier

La personne hospitalisée est gérée :

- 1^{er} niveau : par un organisme de Sécurité sociale autre que la Camieg, pour les prestations obligatoires de base ;
- 2^e niveau : par la Camieg pour les prestations complémentaires (ticket modérateur) ;
- 3^e niveau : par Solimut Mutuelle de France pour la Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités (CSMR).

Exemple de certains ayants droit : conjoints à faibles ressources, étudiants, assuré(e)s MSA...

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1^{er} niveau : sa carte Vitale mentionnant ses droits : l'organisme de Sécurité sociale rembourse à l'établissement hospitalier, les prestations obligatoires de base ;
- 2^e niveau : son attestation papier d'ouverture des droits aux prestations complémentaires, fournie par la Camieg : la Camieg rembourse à l'établissement hospitalier le ticket modérateur ;
- 3^e niveau : sa carte mutualiste reçue de Solimut Mutuelle de France mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière, qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.

1^{er} niveau : Camieg
2^e niveau : Camieg
3^e niveau : CSMR
4^e niveau : Option Confiance de CSMR

33.5 Autres prestations

- Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : le remboursement de la participation se fera sur présentation de factures d'hébergement et/ou de transports dans la limite des frais engagés. La facture doit être nominative, portant la mention « acquittée » et comprenant le cachet de l'hébergeur. Dans le cas d'un hébergement proposé par un particulier, seules seront prises en charge les factures sécurisées émises via une plateforme de réservation en ligne (Airbnb, Booking...etc.) ; 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.
- Vaccins non remboursés par la Camieg : il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France la facture nominative acquittée et l'ordonnance.

Les traitements préventifs antipaludisme sont assimilés aux vaccins.

- Pilule contraceptive de 3^e ou 4^e génération (forfait annuel) : il convient d'adresser à Solimut Mutuelle de France la facture nominative acquittée et la prescription médicale ;
- Pack Prévention annuel : les actes de diététicien(ne)s sont subordonnés obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DES LIstes) et ceux de nutrition doivent être effectués par un médecin. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de santé

publique. Pour les bracelets GSM, le test Hémo occult, l'achat d'un tensiomètre et les substituts nicotiniques, il convient de joindre la prescription médicale ainsi que la facture nominative acquittée.

34 - AUTRE CAS PARTICULIER : RETRAITÉS DES IEG COUVERTS PAR LA MUTUELLE DE LEUR CONJOINT

Il conviendra d'adresser à Solimut Mutuelle de France, dans tous les cas, le relevé de la complémentaire santé du conjoint, ainsi qu'une copie des notes et factures nominatives acquittées pour les actes sans prise en charge par la Sécurité sociale ou par la complémentaire santé du conjoint.

Si vous souhaitez adhérer tout de même à la CSMR, vous devez en informer Solimut Mutuelle de France au moment de votre demande d'adhésion.

IMPORTANT :

Pour les prestations pour lesquelles vous devez envoyer directement à Solimut Mutuelle de France des documents (factures, devis, décomptes...), vérifiez que votre envoi est complet et mentionne bien votre numéro d'adhérent qui figure sur votre carte mutualiste.

35 - SOINS À L'ÉTRANGER

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

- Sur présentation de l'original ou de la copie 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 de l'état membre ;
 - 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. Les soins non pris en charge par la Camieg et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge par le contrat CSMR.

LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Art.9 - Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré(e) après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DÉCRET N° 90-769 DU 30 AOÛT 1990

Art.2 - Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

QUELQUES EXEMPLES DES PRESTATIONS CSMR

Ces quelques exemples de prestations CSMR sont donnés à titre indicatif et selon la tarification en vigueur au moment de l'impression de ce document.

36 - HOSPITALISATION

36.1 Forfait journalier

		LIMITE PRÉVU AU CONTRAT
DÉPENSE RÉELLE	20€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0€	
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0€	Néant
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	0€	Néant
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	0€	
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	20€	
REMBOURSEMENT CSMR	20€	20€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	20€	20€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	0€	

36.2 Chambre particulière

DÉPENSE RÉELLE	120€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0€	
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0€	Néant
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	0€	Néant
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	0€	
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	120€	
REMBOURSEMENT CSMR	98€	98€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	98€	98€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	22€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	11€	11€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	11€	

37 - CONSULTATION

37.1 Consultation d'un généraliste avec dépassement d'honoraires adhérent au DPTAM

		LIMITE PRÉVU AU CONTRAT
DÉPENSE RÉELLE	40€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	26,50€	
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	18,55€	70% de la BR
Participation forfaitaire imposée par l'État	-1€	(-1€)
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	13,25€	50% de la BR
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	30,80€	120% de la BR (-1€)
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	9,20€	
REMBOURSEMENT CSMR	9,20€	100% de la BR
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	39€	220% de la BR (-1€)
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	1€	

37.2 Consultation d'un spécialiste avec dépassement d'honoraires adhérent au DPTAM

DÉPENSE RÉELLE	60€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	26,50€	
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	18,55€	70% de la BR
Participation forfaitaire imposée par l'État	-1€	(-1€)
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	13,25€	50% de la BR
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	30,80€	120% de la BR (-1€)
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	29,20€	
REMBOURSEMENT CSMR	26,50€	100% de la BR
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	57,30€	220% de la BR (-1€)
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	2,70€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	2,70€	50% de la BR
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	1€	

38 - DENTAIRE

38.1 Prothèse dentaire Panier 100% Santé (couronne céramo-métallique)

		LIMITE PRÉVU AU CONTRAT
DÉPENSE RÉELLE	500€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	120€	
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	72€	60% de la BR
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	428€	435% de la BR
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	500€	495% de la BR
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	0€	
REMBOURSEMENT CSMR	0€	
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	500€	
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	0€	

38.2 Prothèse dentaire panier libre (couronne céramo-céramique)

DÉPENSE RÉELLE	900€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	107,50€	
Camieg Régime général de la Sécurité sociale	64,50€	60% de la BR
Camieg Régime complémentaire des IEG	467,63€	435% de la BR
TOTAL CAMIEG	532,13€	495% de la BR
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	367,87€	
REMBOURSEMENT CSMR	295,63€	275% de la BR
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	827,76€	770% de la BR
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	72,24€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	72,24€	75% de la BR
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	0€	

38.3 Implant dentaire

		LIMITE PRÉVU AU CONTRAT
DÉPENSE RÉELLE	1 800€	
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0€	
Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0€	Néant
Camieg Régime complémentaire des IEG	0€	Néant
TOTAL CAMIEG	0€	
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	1 800€	
REMBOURSEMENT CSMR	1100€	1100€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	1100€	1100€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	700€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	183€	183€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	517€	

39 - OPTIQUE

39.1 Prothèse dentaire Panier 100% Santé (couronne céramo-métallique)

	MONTURE		2 VERRES	1 VERRE	TOTAL
DÉPENSE RÉELLE	30€		65€		95€
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	9€		48€	24€	57€
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	5,40€	60% de la BR	28,80€	60% de la BR	34,20€
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	24,60€	100% PLV sous déduction de la part SS	36,20€	100% PLV sous déduction de la part SS	60,80€
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	30€	100 PLV	65€	100 PLV	95€
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	0€		0€		0€
REMBOURSEMENT CSMR	0€		0€		0€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	30€	100 PLV	65€	100 PLV	95€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	0€		0€		0€

39.2 Optique adulte classe B (Panier Libre) : monture + 2 verres simples (un équipement tous les deux ans)

	MONTURE		2 VERRES	1 VERRE	TOTAL
DÉPENSE RÉELLE	120€		310€		430€
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0,05€		0,10€	0,05€	0,15€
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0,03€	60% de la BR	0,06€	60% de la BR	0,09€
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	34,97€	35€ sous déduction de la part SS	99,94€	50€/verre sous déduction de la part SS	124,91€
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	35€	60% de la BR + 35€	100€	50€/verre	135€
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	85€		210€		295€
REMBOURSEMENT CSMR	65€		200€	100€/verre	265€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	100€	35€+65€	300€	50€/verre +100€/verre	400€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	20€		10€		30€
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	0€		10€	100% FR dans la limite du plafond responsable de 160€ par verre sous déduction de la CAMIEG et CSMR(2)	10€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	20€		0€		20€

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

39.3 Optique adulte classe A (panier 100% santé) : monture + 2 verres complexes (un équipement tous les deux ans)

	MONTURE		2 VERRES	1 VERRE	TOTAL
DÉPENSE RÉELLE	30€		160€		190€
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	9€		48€	24€	57€
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	5,40€	60% de la BR	28,80€	60% de la BR	34,20€
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	24,60€	100% PLV sous déduction de la part SS	131,20€	100% PLV sous déduction de la part SS	155,80€
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	30€	100% PLV	160€	100% PLV	190€
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	0€		0€		0€
REMBOURSEMENT CSMR	0€		0€		0€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	30€	100% PLV	160€	100% PLV	190€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	0€		0€		0€

39.4 Optique adulte classe B (Panier Libre) : monture + 2 verres complexes (un équipement tous les deux ans)

	MONTURE		2 VERRES	1 VERRE	TOTAL
DÉPENSE RÉELLE	120€		600€		720€
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0,05€		0,10€	0,05€	0,15€
Remboursement Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0,03€	60% de la BR	0,06€	60% de la BR	0,09€
Remboursement Camieg Régime complémentaire des IEG	34,97€	35€ sous déduction de la part SS	247,94€	124€ sous déduction de la part SS	282,91€
REMBOURSEMENT TOTAL CAMIEG	35€	35€	248€	124€/verre	283€
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	85€		352€		437€
REMBOURSEMENT CSMR	65€		300€	150€/verre	365€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	100€	35€ + 65€	548€	124€/verre + 150€/verre	648€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	20€		52€		72€
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	0€		52€	100% FR dans la limite du plafond responsable de 300€ par verre sous déduction de la CAMIEG et CSMR (2)	52€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	20€		0€		20€

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

39.5 Optique adulte : lentilles refusées par la Sécurité sociale

DÉPENSE RÉELLE	400€	LIMITE PRÉVU AU CONTRAT
Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	0€	
Camieg Régime général de la Sécurité sociale	0€	Néant
Camieg Régime complémentaire des IEG	92,30€	92,30€/an
TOTAL CAMIEG	92,30€	
RESTE À CHARGE AVANT CSMR	307,70€	
REMBOURSEMENT CSMR	300€	300€
REMBOURSEMENT CSMR + TOTAL CAMIEG	392,30€	392,30€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	7,70€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	7,70€	30€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	0€	

40 - CURES THERMALES* : PARTICIPATION SUR L'HÉBERGEMENT ET-OU LE TRANSPORT

DÉPENSE RÉELLE	800€	
Remboursement CSMR	468€	468€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR	332€	
REMBOURSEMENT OPTION CONFIANCE	25€	25€
RESTE À CHARGE APRÈS CSMR + CONFIANCE	307€	

FR* Frais Réels pour 2024 dans la limite du contrat Responsable, aucune prise en charge depuis le 1^{er} janvier 2021 conformément au décret 100 % Santé.

PLV : Prix Limite de Vente au public (PLV) des dispositifs médicaux et prestations dans le cadre de la réforme 100% Santé au 1^{er} janvier 2021.

* Soumis à l'accord préalable de la Sécurité sociale. Les frais d'hébergement et de transport peuvent être pris en charge en partie par la Sécurité sociale sous réserve de ressources.

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, le cabinet Preverre, marque d'Eosa Management ayant en charge les tâches relatives à l'intermédiation.

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.

Intermédiaire d'Assurance :

- Eosa Management- Tour Alto La Défense - 4 place des Saisons - 92400 Courbevoie - N° ORIAS : 07004210.

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.

Vous bénéficiez d'un renfort de garanties et d'une diminution du reste à charge avec l'option Confiance.

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

- Les consultations auprès de psychologues ;
- Les lentilles prises en charges (2^e équipement) ;
- Les frais d'accompagnement médecine et chirurgie ;
- Les forfaits équipements Handicap (équipements et réparations - hors entretien).

2 - QUI PEUT ADHÉRER ?

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

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

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

- L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle de l'ouvrant droit est matérialisée par le même bulletin d'adhésion que celui de l'ouvrant droit ;
- L'adhésion de l'ayant droit postérieurement à celle de l'ouvrant droit est matérialisée par un bulletin de modification.

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

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

- Le Devoir de Conseil dûment complété ;
- 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 (Carte d'Identité Nationale ou Passeport) ;
- Une copie du dernier Avis d'Imposition de l'ouvrant droit ;
- L'attestation de droit Camieg pour chaque assuré(e).

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 renseignée sur le bulletin d'adhésion doit être au plus tôt le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion.

En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, 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.

Si vous bénéficiez déjà de la garantie de base CSMR, et que vous souhaitez adhérer à l'option Confiance, vous devez adresser à la Mutuelle un bulletin de modification « Demande ajout à l'option Confiance », et le devoir de conseil, dûment complétés. Aucun délai de carence ne sera appliqué. La date d'effet de cette modification du niveau de garantie prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par la Mutuelle du bulletin de modification complet accompagné des pièces justificatives, le cachet de la poste faisant foi. L'adhésion est conclue pour la durée restant à courir jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

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

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 ».

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.

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 demeure subordonnée à la prise en charge par la Camieg. L'assuré(e) devra, notamment, adresser à l'organisme gestionnaire la copie de tous les documents envoyés à la Camieg. Les soins non pris en charge par la CAMIEG et effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge par le contrat CSMR.

Pour être recevable, toute demande de prestation doit être présentée dans un délai de 2 ans à compter de la date d'émission du décompte par l'organisme d'Assurance Maladie.

Pour les actes hors nomenclature, le délai est de 2 ans par rapport à la date des soins.

Le délai de réclamation est de 2 ans après la date d'émission du relevé de prestations par le gestionnaire. Dans tous les cas, le cumul des divers remboursements obtenus ne pourra excéder le montant de la dépense réelle.

7 - COTISATIONS

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

En application de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la Mutuelle.

Si la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation. La Mutuelle se réserve le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé de la possibilité de résiliation des garanties en cas de non-paiement des cotisations. Dès lors que le membre participant paye la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle (les fractions de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension), la garantie non résiliée et le droit aux prestations reprennent pour l'avenir le lendemain à midi du paiement. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

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.

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 1^{er} 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.

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.

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.

En cas de demande de résiliation de l'option Confiance seulement, la suppression de l'option prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve que l'option ait été souscrite il y a au moins 12 mois. À défaut, l'assuré peut demander la résiliation de l'option, au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année en cours. La suppression de cette option s'effectuera sur l'ensemble des bénéficiaires présent sur le contrat.

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.

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

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

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

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

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

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

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

13 - INDU

Dans le cadre des dispositions légales, les sommes versées à tort par la Mutuelle peuvent être récupérées auprès de la personne qui les a perçues. Le membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception du courrier de régularisation envoyé par la Mutuelle. Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par chèque à la Mutuelle. Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par la Mutuelle au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Le débiteur de plusieurs dettes (bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter. En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, la Mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt à acquitter. À égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement.

En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Solimut Mutuelle de France pourra engager une procédure judiciaire.

14 - RENONCIATION

Pendant un délai de 14 jours à compter de la date d'effet du contrat, l'adhérent peut renoncer à celui-ci par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'organisme gestionnaire et peut utiliser le modèle suivant :

Je soussigné(e) M
(nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Contrat d'assurance Surcomplémentaire santé n° CSMR 93006 PNA 01 souscrit le ____/____/____.

Fait à
le ____/____/____ (date de renonciation et signature).

La cotisation lui sera restituée.

15 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par

Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la Loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de Sécurité sociale, 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. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

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

Les destinataires des données sont 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, 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.

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 destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

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

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

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- 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.

16 : 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 L.561-2 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.

Egalement, 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 ».

17 - INFORMATIONS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉES

17.1 Par le Souscripteur aux adhérents

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

17.2 Par l'adhérent

L'assuré(e) doit informer l'organisme gestionnaire des modifications intervenues dans sa situation familiale dans le délai d'un mois après la modification.

18 - RÉCLAMATION

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



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

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ».

Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation. Les chargés de réclamation de la Mutuelle accuseront nominativement réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception au service Réclamation, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai. La Mutuelle s'engage également à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

Si toutefois, après l'intervention du service Réclamation, le

désaccord persiste, le membre participant a la faculté de faire appel au Médiateur de la Mutualité Française désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 65 des Statuts de la Mutuelle. Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur de la Mutualité Française de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :



Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Ou en renseignant le formulaire sur le site ci-dessous :



<https://saisine.mediateurmutualite.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.

19 - 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 CSMR et de son option.

20 - COÛTS LIÉS À LA VENTE À DISTANCE

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

GRILLE DE COUVERTURE

DÉPENSES DE SANTÉ 2024

SOINS COURANTS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
VISITES ET CONSULTATIONS				
Honoraires médicaux des médecins généralistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%	140%
Honoraires médicaux des médecins généralistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	60%	60%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	80%	80%
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%	80%
ACTES D'IMAGERIE, D'ÉCHOGRAPHIE ET DE RADIOLOGIE				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%	80%
CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS, ÉTIOPATHES ET MÉDECINS ACUPUNCTEURS (hors nomenclature) ***				
	-	-	65€ ⁽¹⁾	70€ ⁽¹⁾
PSYCHOLOGUE (hors nomenclature)				
	-	-	-	25€/séance limité à 4 séances/ an/bénéficiaire
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
	60%	60%	80%	120%
ANALYSES PRÉLÈVEMENTS				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	80%	120%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	60%	60%	60%	100%
ANALYSES HORS NOMENCLATURE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE				
	-	-	36€	46€

* 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.

(1) Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire.

SOINS COURANTS (SUITE)	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
MÉDICAMENTS SUR LA BASE DU TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ				
	65%/30%/15%	35%/70%/85%		
PANSEMENTS				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	190%	240%
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	OUI

OPTIQUE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
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)	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⁾	100% FR dans la limite du plafond responsable de 160€ par verre ⁽²⁾
- Verre complexe (par verre)	124€ (adulte) 103€ (enfant - 18 ans)		150€ (adulte) 180€ (enfant - 18 ans)	100% FR dans la limite du plafond responsable de 300€ par verre ⁽²⁾
- Verre hypercomplexe (par verre)	185€ (adulte) 197€ (enfant - 18 ans)		140€ (adulte) 130€ (enfant - 18 ans)	100% FR dans la limite du plafond responsable de 350€ par verre ⁽²⁾
LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE (1 équipement par an, hors prise en charge du Ticket Modérateur)				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	645%	85€	115€
LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE (2^e équipement)				
	60%	645%	300%	600%
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€	330€
CHIRURGIE CORRECTRICE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (par oeil) ⁽³⁾				
	-	-	1323€	1473€

* 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	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾				
Hors Inlay-Onlay	60%	60%	100%	150%
Inlay-Onlay	60%	60%	150%	250%
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Panier 100 % Santé	60%	435%	-	-
Panier tarif maîtrisé	60%	435%	275%	350%
Panier libre	60%	435%	275%	350%
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale(2)			385€	513€
ORTHODONTIE				
Prise en charge par la SS	100%	260%	275%	350%
Non prise en charge par la Sécurité sociale, dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire			733€	935€
COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (maximum 5 par an et par bénéficiaire)				
	60%	435%	440€	513€
IMPLANT NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (maximum 5 par an et par bénéficiaire) ⁽³⁾				
	-	-	1100€	1283€
PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (par an et par bénéficiaire) ⁽⁴⁾				
	-	-	587€	880€
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	60% 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.

(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	CSMR + Confiance
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie) ⁽¹⁾				
Frais de séjour	80% ou 100%	0% ou 20%	100%	200%
Honoraires des médecins adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	100%	200%
Honoraires des médecins non adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	-	-
FRANCHISE SUR LES ACTES CCAM ⁽²⁾ > 120€ (ville et hôpital)				
	-	24€ (Décret n° 2018 - 1257)	-	-
FORFAIT JOURNALIER ⁽³⁾				
	-	-	20€/jour	20€/jour
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT MÉDECINE ET CHIRURGIE ⁽⁴⁾				
	-	-	48€/jour	51€/jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE PAR NUITÉE (limité 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	109€/jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE				
	-	-	41€/jour	41€/jour
FRAIS DE TRANSPORT				
	65%	35%	-	-

* 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) CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

(3) 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.

(4) 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	CSMR + Confiance
ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE MÉDICALE				
	60%	60%/90%/190%	200%	200%
PROTHÈSE AUDITIVE UNILATÉRALE OU PROTHÈSES AUDITIVES BILATÉRALES (par oreille) ⁽¹⁾				
Classe I (Panier 100 % Santé) ⁽²⁾		dont part obligatoire		
- Pour les personnes jusqu'à 20 ans ou atteintes de cécité	60%	1 400€	-	-
- Pour les personnes de plus de 20 ans	60%	950€	-	-
Classe II (Panier Libre)		dont part obligatoire		
- Pour les personnes jusqu'à 20 ans ou atteintes de cécité	60%	1 700€	-	-
- Pour les personnes de plus de 20 ans	60%	1 700€	-	-
PILES ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES AUDITIVES (par an)				
	60%	60%	76€	81€
VÉHICULE POUR PERSONNE HANDICAPÉE ACCEPTÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
	100%	150%	3300€	3300€

* 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) Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de 4 ans, depuis la date d'acquisition de l'équipement.

PLV : Prix Limite de Vente au public (PLV) des dispositifs médicaux et prestations dans le cadre de la réforme 100 % Santé au 1^{er} janvier 2021.

AUTRES PRESTATIONS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
CURE THERMALE AGRÉÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (participation aux frais hébergement et transport) ***				
	65%	55%	468€	493€
VACCINS (PAR VACCIN)				
	-	-	84€	139€
PILULE CONTRACEPTIVE DITE DE 3^e OU 4^e GÉNÉRATION (par an)				
	-	-	84€	139€
OSTÉODENSITOMÉTRIE				
	70%	50%	123€	178€
DÉTARTRAGE ANNUEL DES DENTS				
	60%	60%	70%	70%
SCÈLEMENT DES SILLONS SUR LES MOLAIRES AVANT 14 ANS				
	60%	60%	70%	70%
PACK PRÉVENTION ANNUEL				
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, pédicure podologue ⁽¹⁾ , amniocentèse	-	-		
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	-	-	300€	400€
Substituts nicotiniques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin	150€/an	-		
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⁾	-	-	1000€/an	1000€/an
ASSISTANCE				
Soutien Psychologique suite à un événement traumatissant****		-	-	INCLUS

(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.

* 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 thermale : 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 thermale.

**** Dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement, IMA prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psy-

chologue clinicien et jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien si nécessaire. Service dédié 24h/24 et 7j/7 au 05 49 76 98 80.

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 1^{er} 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 1 € 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 1^{er} 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 1^{er} 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 ;
- La copie d'une pièce d'identité en cours de validité de l'ouvrant droit (Carte d'Identité Nationale, Passeport ou Permis de conduire nouveau format) ;
- 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 ;
- 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 fins de prise en charge des formalités de résiliation (à compléter en cas de résiliation d'un contrat de complémentaire santé en cours).

IMPORTANT :

Votre adhésion prendra effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de l'adhésion est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

EN TANT QU'ADHÉRENT CSMR, VOUS SOUHAITEZ DEMANDER L'AJOUT DE L'OPTION « CONFIANCE » OU AJOUTER UN OU PLUSIEURS BÉNÉFICIAIRES, MERCI DE JOINDRE :

- Votre Bulletin de Modification dûment complété et signé ;
- Le devoir de conseil dûment complété ;
- La copie de la pièce d'identité de l'ouvrant droit.

IMPORTANT :

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

AU CALCUL DE VOTRE COTISATION CSMR ET DE SON OPTION

VOTRE SIMULATEUR CSMR DISPONIBLE SUR LE SITE HTTPS :
<https://www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr/>

SE REPORTER AUX EXPLICATIONS P. 8-9

1 ^{ère} ÉTAPE : VOTRE FORMULE D'ADHÉSION	FORMULE À CHOISIR	Cotisation mensuelle avant aide à la cotisation de la CCAS
Vous souhaitez adhérer seul ⁽¹⁾	Isolé	54,38€
Vous souhaitez adhérer pour vous et d'autres ayants droit Camieg (conjoint et/ou enfants à charge) ⁽²⁾	Famille	101,07€

2^e ÉTAPE : ESTIMATION DE VOTRE COEFFICIENT SOCIAL

Sur votre dernier avis d'imposition

Votre revenu fiscal de référence ⁽¹⁾ :	€
Votre nombre de parts ⁽²⁾ :	
Résultat de la division (1)/(2) = Votre coefficient social	€

3^e ÉTAPE : VOTRE DÉTENTION DE CONTRATS DÉPENDANCE ET/OU OBSÈQUES

Vous adhérez seul : Formule Isolé

Vous avez un contrat Dépendance CCAS ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Vous avez un contrat Obsèques CCAS (AG2R et/ou CNP) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

Vous adhérez pour vous et vos ayants droit Camieg : Formule Famille

Vous ou votre conjoint, avez-vous un contrat Dépendance CCAS ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI
Vous ou votre conjoint, avez-vous un contrat Obsèques CCAS (AG2R et/ou CNP) ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI

SELON LA FORMULE CHOISIE :

- si vous avez répondu NON aux 2 questions, vous bénéficiez de la réduction aucun autre contrat ;
- si vous avez répondu OUI à l'une des 2 questions, vous bénéficiez de la réduction 1 contrat ;
- si vous avez répondu OUI aux 2 questions, vous bénéficiez de la réduction 2 contrats différents.

FORMULE ISOLÉ (1)

Votre coefficient social	Votre réduction	Votre cotisation mensuelle après aide à la cotisation
Inférieur ou égal à 10 519€	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	0€ (cotisation prise en charge par la CCAS)
De 10 520€ à 24 955€ inclus De 10 520€ à 24 955€ inclus De 10 520€ à 24 955€ inclus	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	Cotisation progressive entre 32,63€ et 46,23€* Cotisation progressive entre 31€ et 43,92€* Cotisation progressive entre 29,37€ et 41,61€*
Supérieur à 24 955€ Supérieur à 24 955€ Supérieur à 24 955€	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	46,23€ 43,92€ 41,61€
Votre cotisation CSMR mensuelle finale à reporter sur votre Bulletin d'Adhésion		€

FORMULE FAMILLE (2)

Votre coefficient social	Votre réduction	Votre cotisation mensuelle après aide à la cotisation
Inférieur ou égal à 10 519€	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	0€ (cotisation prise en charge par la CCAS)
De 10 520€ à 24 955€ inclus De 10 520€ à 24 955€ inclus De 10 520€ à 24 955€ inclus	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	Cotisation progressive entre 60,64€ et 85,91€* Cotisation progressive entre 57,61€ et 81,61€* Cotisation progressive entre 54,58€ et 77,32€*
Supérieur à 24 955€ Supérieur à 24 955€ Supérieur à 24 955€	Aucun autre contrat 1 contrat 2 contrats différents	85,91€ 81,61€ 77,32€
Votre cotisation CSMR mensuelle finale à reporter sur votre Bulletin d'Adhésion		€

* Montant calculé selon votre simulateur CSMR disponible sur le site <https://www.solimut-mutuelle.fr/particulier/sante/csmr/simulateur-cotisation> ou www.ccas.fr.

4^e ÉTAPE : VOTRE RÉDUCTION IDCP

VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER D'UNE RÉDUCTION IDCP COMPLÉMENTAIRE SI :

- vous n'avez pas bénéficié d'un reversement de cotisation IDCP M avant 2011 ;
- et vous êtes adhérent à IDCP lors de votre adhésion à CSMR ;
- et vous avez encore un contrat IDCP en cours ou vous avez conservé votre contrat IDCP jusqu'à son terme.

VOUS ADHÉREZ SEUL : FORMULE ISOLÉ ⁽¹⁾ :

- seule votre réduction IDCP se déduit de votre cotisation CSMR.

VOUS ADHÉREZ EN FORMULE FAMILLE ET VOTRE CONJOINT EST ASSURÉ IDCP ⁽²⁾ :

- la réduction IDCP éventuelle de votre conjoint peut se déduire de votre cotisation CSMR et se cumuler avec la vôtre.
(Dans ce cas, indiquez le NIA de votre conjoint sur le bulletin d'adhésion.)

Ancienneté IDCP projetée à votre 65 ^e anniversaire	Réduction mensuelle de votre cotisation
15 ans et moins	0€
De 16 à 25 ans	2€
De 26 à 35 ans	4€
À partir de 36 ans	6€

Vous

Année de naissance ⁽³⁾

Année d'adhésion à IDCP ⁽⁴⁾

Ancienneté IDCP à 65 ans : (3) + 65 - (4)

Réduction IDCP - , €

Votre conjoint

Année de naissance ⁽³⁾

Année d'adhésion à IDCP ⁽⁴⁾

Ancienneté IDCP à 65 ans : (3) + 65 - (4)

Réduction IDCP - , €

5^e ÉTAPE : OPTION CONFIANCE

4 ^e niveau après la part CSMR pour des remboursements complémentaires	Formule Isolé ⁽¹⁾	OU	Formule Famille ⁽²⁾
	Cotisation mensuelle		Cotisation mensuelle
Confiance	10€		20€

(1) Si vous avez choisi la « Formule Isolé » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Isolé ».

(2) Si vous avez choisi la « Formule Famille » pour CSMR, votre option Confiance se basera également sur une « Formule Famille ».

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.

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.

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.

RÉCAPITULATIF DE VOS BESOINS

NOMBRE DE PERSONNES À GARANTIR

Adultes : Enfants(s) à charge :

Besoin en consultation avec dépassement d'honoraires des médecins généralistes et spécialistes	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en cure thermique	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en optique - lunettes et lentilles	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge de la chambre particulière et des frais d'accompagnement	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en hospitalisation - prise en charge des dépassements d'honoraires	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en prothèses dentaires et actes non pris en charge par l'Assurance Maladie	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en orthodontie	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> Remboursement Optimal
Besoin en médecines douces -forfait annuel de remboursement des consultations	<input type="checkbox"/> Remboursement supplémentaire au régime obligatoire	<input type="checkbox"/> 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

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

NOS PROPOSITIONS

NOUS VOUS 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.assurances-personnes-ccas.com ou par e-mail ccas.adhesion@prevere.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 69,37 %.

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 17,94 % et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (12,63 %), frais d'acquisition (1,04 %) et frais d'administration (4,27 %).

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 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. Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, 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 collecte et de traitement du numéro Sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux, et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle. Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et du contrat, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales à laquelle la Mutuelle est soumise.

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, 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 de la finalité du recueil et du traitement des données. 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 WORLDFLINE, Service Bloctel, 1 Place des Degrés, 92800 Puteaux, 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 2 exemplaire à
le

Signature du prospect
Nom et Prénom

Signature du conseiller
Nom et Prénom

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

AU CONTRAT N° 93006.PNA.01 SOUSCRIT PAR LA CCAS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Solimut Mutuelle de France à envoyer des instructions à votre banque pour débit-er 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. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter les champs marqués * et joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire.

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

Nom et adresse du créancier : Solimut Mutuelle de France - Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille

Identifiant Créancier SEPA (ICS) de l'assureur : Solimut Mutuelle de France - **FR50ZZZ394191**

NOM (ou raison sociale) ET ADRESSE DU DÉBITEUR (ou payeur) :	À RETOURNER À :
Nom* :	Solimut Mutuelle de France Service CSMR - TSA 21123 - 06709 Saint-Laurent-du-Var Cedex
Prénom* :	
Adresse* :	
.....	
Code Postal* :	
Ville* :	
Pays* :	

IBAN*

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

BIC*

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

Type de paiement : Paiement récurrent.
Vous serez prélevé automatiquement le 10 de chaque mois.

Signé à *

Le *

Signature*

IMPORTANT : joindre un Relevé d'Identité Bancaire.

Vos droits concernant le présent mandat de prélèvement SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque (ou prestataire de services de paiement au sens de la directive 2007/64/CE).

Vous pouvez bénéficier 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 huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Pour toute information contenue dans le présent mandat de prélèvement SEPA, vous pouvez exercer vos droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de portabilité et de rectification tels que prévus dans la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, entré en application le 25 mai 2018. Les destinataires des données sont le Souscripteur (la CCAS), les services de la Mutuelle en charge de la gestion commerciale des prospects, de la relation adhérent, de la passation et de la gestion des contrats, ainsi que les partenaires de la Mutuelle. Vos données sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont traitées et dans le respect de la réglementation applicable, notamment concernant les délais de prescription.

Pour toute modification ou révocation du mandat de prélèvement SEPA vous pouvez, en précisant la référence unique du mandat, vous adresser au centre de clientèle ci-dessus. Les engagements réciproques résultant du contrat d'assurance doivent être exécutés de bonne foi. En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur (payeur) consent expressément au paiement de sa prime par mode de prélèvement. Le non-paiement de la prime, même en cas de contestation ou d'annulation du prélèvement à des conséquences sur l'exécution de ces engagements. L'exercice du droit à remboursement de l'opération de paiement ne supprime pas vos obligations vis-à-vis du créancier. Toute contestation ou annulation abusive de votre prélèvement est susceptible d'engager la responsabilité du débiteur (payeur) vis-à-vis de Solimut Mutuelle de France.

** Votre référence unique de mandat vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

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 d'un traitement 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 de la gestion commerciale des prospects, de la relation adhérent, de la passation et de la gestion des contrats, ainsi que les partenaires de la Mutuelle. 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.

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 1^{er} 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 69,37 %.

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 17,94 % et se composent de la manière suivante : frais de gestion des sinistres (12,63 %), frais d'acquisition (1,04 %), frais d'administration (4,27 %)

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 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.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, 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 collecte et de traitement du numéro Sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux, et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

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

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, 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 de la finalité du recueil et du traitement des données. 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 Fontenay - 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 WORLDLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, 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

Le

Signature de l'assuré(e) :
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

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.



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, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, chambre particulière, frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, 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.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale, vaccins, pilule contraceptive dite de 3^e et 4^e génération, ostéodensitométrie, pack prévention annuel, médecines complémentaires

LES GARANTIES OPTIONNELLES

En plus des garanties que couvre le produit CSMR, l'option **Confiance** vous permet de bénéficier de renforts de garanties et d'une diminution du Reste à Charge. Cette garantie optionnelle permet également d'accéder à la participation des remboursements sur :

Les consultations auprès des psychologues ;
Les lentilles prises en charges par l'AMO (2^{ème} équipement) ;
Les équipements Handicap (équipements et réparations – hors entretien)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et audioprothésistes partenaires).
- ✓ 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.
- ✓ Assistance : Soutien psychologique en cas d'évènements traumatiques.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- X Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- X La pharmacie sur la base du tarif de responsabilité
- X Les frais de transport sanitaires
- X 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.
- X La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- X 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).
- X 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.



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 par la Camieg.



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, **sous peine de suspension des garanties**.



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 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 renseignée sur le bulletin d'adhésion doit être au plus tôt le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion. En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, 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.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction par année civile, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



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.

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

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 de 1€ 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, avant d'effectuer les travaux correspondants. Le devis est obligatoire en optique et en dentaire notamment.

DPTAM

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 1^{er} janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

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

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.

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, et notamment certaines des prestations de la CSMR. Sa valeur en 2024 est de 3 864€. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente.

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 complémentaires santé.

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.

TOUJOURS PROCHE DE VOUS

Site internet : www.solimut-mutuelle.fr/nos-offres-csmr ou via le site internet de la CCAS

ESPACE CSMR : téléchargement des documents tels que le bulletin d'adhésion, le formulaire de modifications de coordonnées, le formulaire de modifications de situation familiale, le guide pratique, les statuts des mutuelles, etc.

VOTRE ESPACE PERSONNEL : Consultation et modification de vos informations et coordonnées, consultation de vos remboursements, téléchargement de vos décomptes, téléchargement de votre carte de droit dématérialisée, saisie des demandes de prise en charge hospitalière, consultation des documents relatifs à votre garantie, accès à un nouveau formulaire de contact.

Pour nous contacter :



▶ **Par message**, en vous connectant sur votre **Espace adhérent** :

- à partir du site internet www.solimut-mutuelle.fr/espace-personnel
- depuis l'application mobile «Solimut Mutuelle de France», en téléchargeant l'appli sur Android et Apple.



▶ **Par téléphone** :

Pour toute demande de renseignements sur votre CSMR, ainsi que sur l'ensemble de vos contrats d'assurances de personnes, du lundi au vendredi de 9h à 17h (heures Métropole)

01 84 980 980



▶ **Par courrier** :

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



DOCUMENT NON CONTRACTUEL, excepté le bulletin d'adhésion ou de modification, le mandat de prélèvement SEPA, le devoir de conseil et la notice d'information.

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 - 75436 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.

