

ÉQUILIBRE & CONFORT R2

POUR LES CONJONTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET RETRAITÉS DES IEG
COUVERTS PAR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

PRESTATIONS 2024

Grille de prestations conforme au dispositif 100% santé et aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux ou à l'aide d'une mention spécifique. Les pourcentages viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf mention contraire.

Les forfaits exprimés en euros par an et par bénéficiaire s'entendent par année civile, sauf indication spécifique, en complément du régime obligatoire d'assurance maladie.

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et par tout autre organisme complémentaire.

	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)				
<p>Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.</p> <p>Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier. <p>** La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie et à 120 jours en médecine/chirurgie.</p>				
Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	Selon la complémentaire santé souscrite	100 %	200 %
Chambre particulière**				
Hospitalisation complète yc maternité, par nuitée	-	Selon la complémentaire santé souscrite	80 €	90 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-		25 € / jour	25 € / jour
Frais de transport	55 %		-	-

VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution**
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile en cas d'hospitalisation** avec Energie Mutuelle Services

	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)				
Généraliste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %
Spécialiste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %
Actes techniques médicaux				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %
Actes d'imagerie médicale				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	Selon la complémentaire santé souscrite	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %		90 %	140 %
Auxiliaires médicaux	60 %		60 %	120 %
Télésurveillance médicale prescrite	60 %		-	-
Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale				
Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur ameli.fr	60 %		-	-
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	60 %		80 %	120 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire	-		20 €	30 €
Frais de transport	55 %		-	-
Pansements acceptés Sécurité sociale	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	135 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-		60 €	70 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre globale de séances par année civile et par bénéficiaire (max. 6 séances)	-		30 €	30 €
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité	Non			NON

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** avec Energie Mutuelle Services

	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
OPTIQUE				
Équipement 100% Santé⁽²⁾ (Classe A)	60 %	Sans reste à charge	-	-
Équipement autre que 100% Santé (Classe B)				
Verre et/ou monture acceptés Sécurité sociale : 1 ^{ère} paire par année civile	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	225 €	320 €
Verre et/ou monture acceptés Sécurité sociale : 2 ^{ème} paire par année civile	60 %		115 €	165 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B	60 %		-	-
Lentilles				
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Selon la complémentaire santé souscrite	220 €	315 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-		315 €	410 €

DENTAIRE				
* La prise en charge de l'implant est effective après un délai de carence de 3 mois à la date d'effet de votre adhésion à la garantie. Pendant le délai de carence, l'implant n'est pas remboursé par la garantie souscrite.				
Prothèses 100% Santé⁽²⁾	60 %	Sans reste à charge	-	-
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Soins et Prothèses autres que 100% Santé				
Soins dentaires	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	100 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes / stomatologues)	60% / 70 %		100%/ 90 %	150 % / 140 %
Radiologie dentaire	60 %		100 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	60 %		200 %	220 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	60 %		200 %	220 %
Implantologie				
Couronne définitive sur implant	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	200 %	220 %
Orthodontie	100 %		235 %	300 %
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire	-		1 000 €	1 250 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 1 000 € par année civile	-	Selon la complémentaire santé souscrite	30 % des Frais réels	30 % des Frais réels
Orthodontie	-		300 %	400 %
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire, (maximum 3)	-		200 €	400 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-		200 €	400 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-		15 % des Frais réels	30 % des Frais réels

	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
 MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE				
Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	70 %	135 %
Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale	100 %		2 300 €	2 300 €
Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-		500 € / an	500 € / an

 AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITE SOCIALE				
La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime général et la complémentaire santé souscrite dans le respect des textes réglementaires.				
Équipement auditif autre que 100% Santé⁽²⁾ (classe II ⁽³⁾)				
Aide auditive unilatérale	60 %	Selon la complémentaire santé souscrite	380 €	400 €
Aide auditive bilatérale	60 %		520 €	720 €
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	60 %		60 €	60 €

 GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE				
Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	-	-	100 € / mois	150€ / mois
Allocation Equipement (GIR 3)	-		-	1 000 €
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	-		OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie :

- et adhère en cotisation « Isolé », il ne pourra pas souscrire à la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
- et adhère en cotisation « Famille », il pourra faire bénéficier son conjoint ou ascendant de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Conditions de versement : se reporter à l'article 29 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

	Régime de base ⁽⁴⁾	Complémentaire santé	ÉQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	Selon la complémentaire santé souscrite	400 €	400 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-		50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée	-		80 €	80 €
Pack Prévention annuel comprenant :	-	Selon la complémentaire santé souscrite	110 €	220 €
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;				
- podologue et bilan podologique ;				
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;				
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;				
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;				
- test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ;				
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.				

+ DE SERVICES				
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les disposition d'attribution	-	-	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-		OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	-		OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	-		OUI	OUI
Visible Patient Solution	-		OUI	OUI

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.
DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2024 : 3 864 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement Mutualiste.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis règlementairement par le Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 : dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(3) Voir la liste règlementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.

(4) Les données concernant le Régime de base sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.