

Quoi de neuf en 2023

Les évolutions au 1^{er} janvier 2023

Ce qui va changer pour vous. On vous dit tout !



Quoi de neuf en 2023 ?

Sommaire



1

Évolutions
réglementaires

2

Les offres
d'Énergie
mutuelle

2_A

Les garanties santé

2_B

Offre dépendance OCIRP

2_C

Offre Amétis / CNP

3

Évolutions
des prestations

4

Évolutions
des cotisations



Zoom RSE



Focus sur le Projet
de Loi de Financement
de la Sécurité Sociale
2023 (PLFSS)

5

Être couvert
en inactivité
ou en retraite

5_A

Préparer sa retraite

5_B

CSP Évin

6

Les services
d'Énergie
mutuelle

6_A

Votre espace personnel
et mon appli mobile

6_B

Gestion de mes
remboursements

6_C

Le tiers payant

6_D

Des services
à chaque situation

6_E

Kalixia

6_F

Deuxième Avis

6_G

Vlsible Patient

6_H

Action sociale



1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Un nouveau contexte pour l'Assurance maladie post crise COVID-19

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 a été présenté le 26 septembre 2022 en Conseil des ministres. Ce PLFSS s'inscrit dans un contexte inédit après deux ans de crise sanitaire qui a considérablement creusé le déficit de l'Assurance maladie (17,8 milliards d'euros en 2022).

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 annonce un retour progressif à l'équilibre avec un objectif de déficit de 6,8 milliards d'euros pour 2023.

Le cadre d'exercice budgétaire sera compliqué car notre système de santé fait face à de multiples défis avec des risques de ruptures de soins qui s'accroissent :

- Le manque de soignants à l'hôpital ;
- Une médecine de ville sous tension avec plus de 10 % des Français sans médecin traitant.

De fait, le système de santé doit répondre à l'accroissement des besoins de santé (vieillesse, maladies chroniques) d'autant que le sentiment du nombre de déserts médicaux progresse auprès des assurés. Ainsi, 66 % des Français estiment que les situations de notre système de santé et de l'hôpital sont amenées à se dégrader dans les années à venir.

Afin de répondre à ces nombreux défis et inquiétudes, le PLFSS 2023 repose sur cinq axes prioritaires dont une politique de prévention forte, l'accès à la santé et le renforcement des soins à domicile pour les personnes âgées. L'Objectif national de dépenses d'Assurance Maladie sera dynamique pour 2023 afin d'accompagner la transformation du système de santé, de tenir compte du contexte d'inflation et de garantir la soutenabilité de la sécurité sociale.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023



LES MESURES PHARES DU PLFSS 2023

1



RENFORCER LE VIRAGE PRÉVENTIF

- Proposer des rendez-vous de prévention aux âgés clés (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans)
- Faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour les femmes majeures
- Simplifier l'accès à la vaccination en multipliant les opportunités vaccinales

2



AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

- Rénover la vie conventionnelle
- Simplifier et renforcer la coordination de l'installation des professionnels de santé
- Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

3



MIEUX FINANCER LES MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- Répondre aux besoins des familles monoparentales pour les enfants de plus de 6 ans
- Diminuer le coût du recours à une assistante maternelle pour les parents

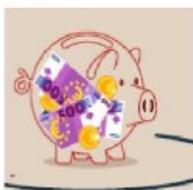
4



CONSTRUIRE LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

- Ajouter deux heures de vie sociale par semaine dans les plans d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Financer des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap

5



LUTTER CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

- Améliorer la prévention et la détection des fraudes
- Mieux sanctionner la fraude des professionnels de santé
- Accroître le rendement et l'effectivité du recouvrement des créances

1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Garantir la soutenabilité de la Sécurité sociale

Remettre la Sécurité sociale sur une trajectoire de retour à l'équilibre

Après avoir atteint un point bas en 2020, avec un déficit de 39,7 Md€, le solde des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est nettement redressé en 2021 et 2022, notamment sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois.

Les prévisions, dans une perspective pluriannuelle, traduisent les conséquences sur les finances sociales du contexte macroéconomique et notamment des effets du choc à l'oeuvre en matière de prix, ainsi que les effets du vieillissement démographique notamment sur les branches maladie et vieillesse. Le solde des régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale et du FSV atteindrait ainsi un niveau d'environ 12 Md€ de déficit à l'horizon 2026.

Solde par branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse 2019-2026 (en Md€)

SOLDES PAR BRANCHE (Md€)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Maladie	-1,5	-30,5	-26,1	-20,3	-6,5	-4,9	-4,4	-2,6
AT-MP	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3
Vieillesse	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,5	-9,4	-13,9	-15,9
Famille	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,7	0,5	0,7
Autonomie			0,3	-0,5	-1,2	0,9	0,5	0,5
ROBSS	-0,2	-37,3	-22,7	-19,2	-7,6	-10,1	-14,4	-14,0
FSV	-1,6	-2,5	-1,5	1,3	0,8	1,3	1,8	2,3
ROBSS + FSV	-1,7	-39,7	-24,3	-17,8	-6,8	-8,8	-12,7	-11,8

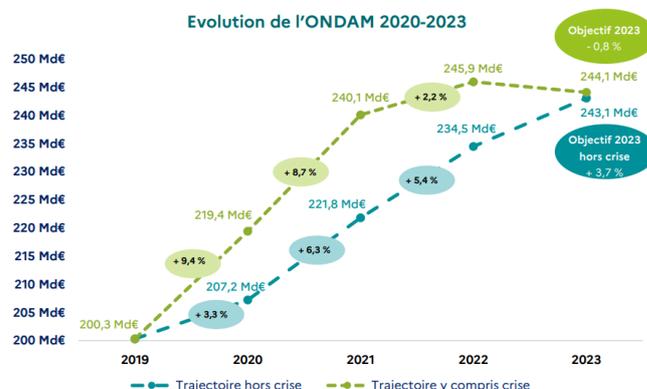
Évolution des dépenses d'Assurance Maladie pour 2023

Une hausse de l'ONDAM de 3,7 % en 2023, hors dépenses liées à la crise sanitaire. L'ONDAM continuera sa forte progression en 2023 : + 3,7 % hors dépenses liées à la crise sanitaire soit une hausse de + 8,6 Md€ à champ constant par rapport à 2022 (soit + 53 Md€ depuis 2017).

Cet effort financier important traduit la poursuite de la priorité du Gouvernement d'investir dans la modernisation du système de santé et le soutien aux professionnels qui le font vivre.

En raison de la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire, sur l'ensemble du périmètre, l'évolution serait de - 0,8 % par rapport à l'ONDAM rectifié 2022.

L'ONDAM proposé pour 2023 traduit la volonté d'augmenter les ressources vers les Établissements de santé et aux soins de ville.



Note de lecture : les niveaux d'ONDAM votés et réalisés s'apprécient à champ courant, tandis que les taux de progression s'apprécient à champ constant (après neutralisation des effets de périmètre).



1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Bref rappel des évolutions de l'Assurance maladie jusqu'à 2022

Nombreuses ont été les réformes et évolutions de l'Assurance maladie, lesquelles connaissent une accélération depuis 2019.





1

Les évolutions réglementaires

Du côté de la camieg et d'Energie mutuelle

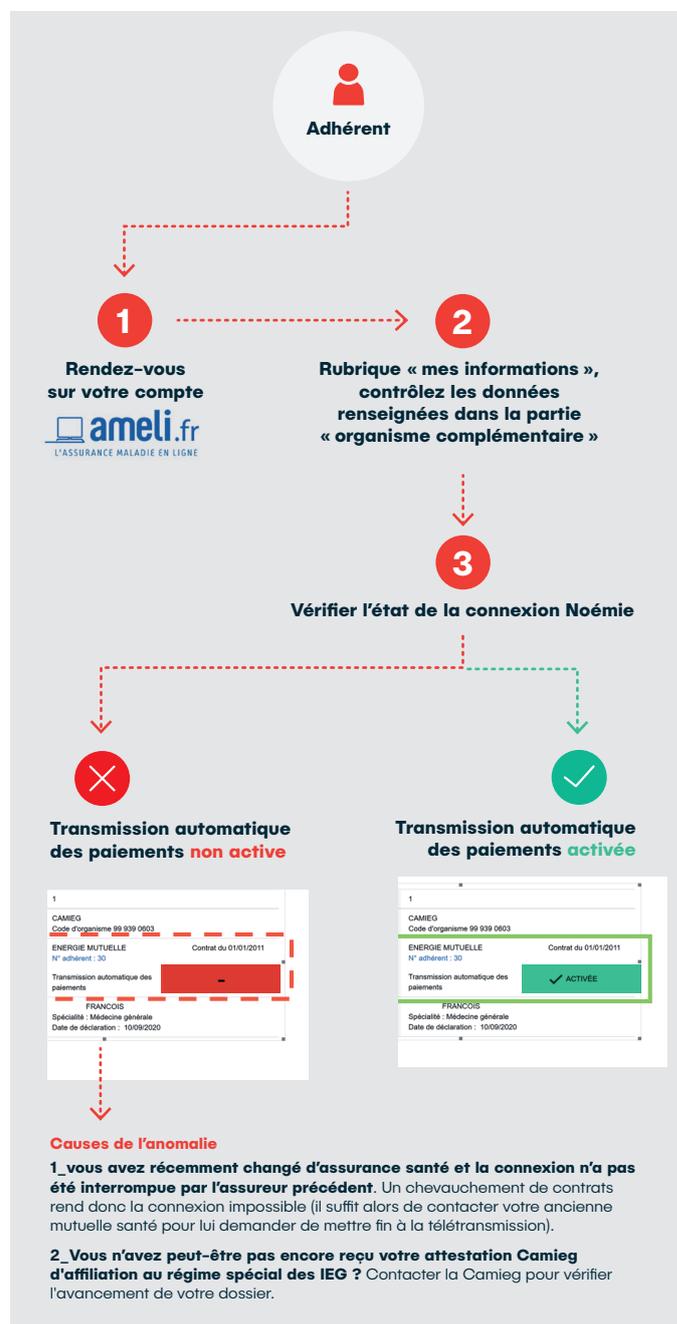
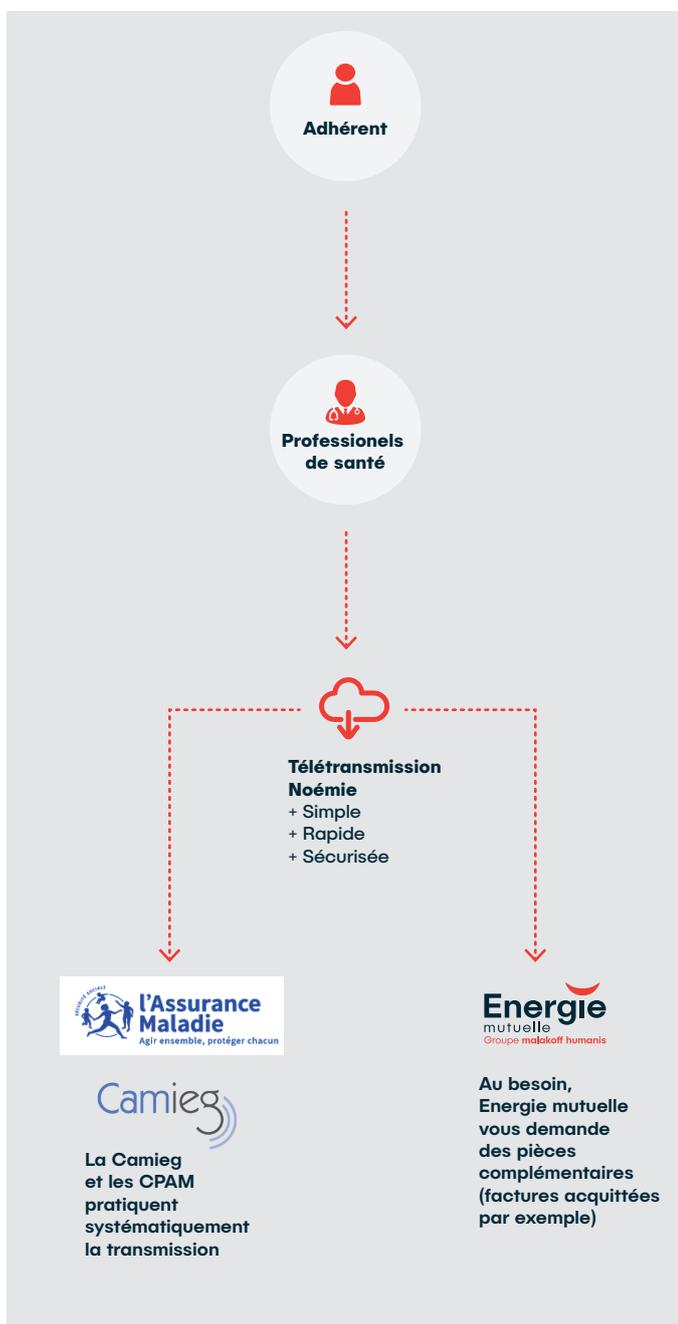
Conseils pratiques pour être remboursé plus rapidement

C'est quoi la télétransmission ?

La télétransmission évite d'envoyer les relevés de l'Assurance maladie. Ils sont transmis directement à Energie mutuelle.

Le système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) permet alors un échange d'information informatisé entre Energie mutuelle et la Sécurité sociale (Camieg, CPAM, MSA,...), sans aucune intervention de votre part.

Comment vérifier si la télétransmission est activée entre Energie mutuelle et votre caisse d'Assurance maladie (Camieg, CPAM, MSA, ...)





1

Les évolutions réglementaires

Le dispositif Mon Psy

MonPsy, l'accès à l'accompagnement psychologique pour tous

Face aux besoins croissants d'accompagnement psychologique, et ce d'autant plus depuis le début de la crise sanitaire, le dispositif MonPsy est lancé début avril 2022.

Initié par le Ministère de la santé, MonPsy permet à toute personne, à partir de 3 ans, et sur orientation d'un médecin, de bénéficier jusqu'à 8 séances par an

chez un psychologue conventionné par l'Assurance Maladie.

Ces séances sont proposées sans reste à charge pour les assurés Camieg.

Qui peut en bénéficier ?

- toute la population à partir de 3 ans,
- jusqu'à 8 séances d'accompagnement psychologique remboursées par année civile,
- **sur orientation d'un médecin.**

Comment y accéder ?

1

CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN

En l'absence de signes d'urgence ou de gravité, **il vous remet un courrier d'adressage.**

Pour les mineurs, il vérifie le consentement des titulaires de l'autorité parentale (parents ou tuteurs).

2

PRENEZ RENDEZ-VOUS CHEZ UN PSYCHOLOGUE PARTENAIRE

Présentez-lui le courrier d'adressage de votre médecin et votre attestation de carte Vitale papier indiquant vos droits (notamment si vous bénéficiez d'une exonération d'avance de frais). Les coordonnées des psychologues partenaires sont disponibles sur le site

monpsy.sante.gouv.fr

3

BÉNÉFICIEZ DE 1 À 8 SÉANCES D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Les séances peuvent être réalisées à distance, à l'exception de la 1^{re} séance (entretien d'évaluation).

RÉGLEZ DIRECTEMENT LE PSYCHOLOGUE



40 € pour la 1^{re} séance,
30 € pour les suivantes.

Aucun dépassement d'honoraire n'est possible. Il vous en remet une feuille de soins.

POUR VOUS FAIRE REMBOURSER, ENVOYEZ À VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE (CPAM, ETC.)



le courrier d'adressage remis par votre médecin,
et la feuille de soins complétée par le psychologue.

LE REMBOURSEMENT



60 % par votre organisme d'Assurance Maladie,
40 % par votre complémentaire santé ou la mutuelle

Pour en savoir plus, rendez-vous sur <https://monpsy.sante.gouv.fr/>



2_A

Les offres d'Énergie mutuelle

Les garanties santé

Quelle garantie santé pour quelle situation ?

Contrats IEG - Camieg

Collectif

Actifs

CSM

Surcomplémentaire - Niveau 3

Salariés statutaires des IEG

CSM
CCAS

Surcomplémentaire - Niveau 3

Salariés statutaires de la CCAS des IEG

Individuel

Retraités

Sérénité

Surcomplémentaire - Niveau 3

Retraités des IEG

Accessible à tout moment

CSM
Évin

Surcomplémentaire - Niveau 3

Retraités des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

CSM
CCAS
Évin

Surcomplémentaire - Niveau 3

Retraités de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Autres

Ain 3
Socle
Souplesse
Équilibre
IEG
Confort
IEG

Garanties fermées à l'adhésion

eEquilibre
& eConfort
-Médecin-

Médecins des IEG bénéficiant de la Camieg

Renforts

eSodeli & eCort

Renforts de remboursement - Niveau 4

Salariés et retraités des IEG couverts par la CSM ou CSM Évin et de la CCAS et les détenteurs du contrat Préférence ou Sérénité

Vialis

Renfort - Niveau 4

Salariés de l'entreprise Vialis

Contrats hors IEG

Collectif

Actifs

CCM
CCAS

Complémentaire santé - Niveau 2

Salariés non statutaires de la CCAS

Equinoxe
& Plénitude

Complémentaire santé - Niveau 2

Salariés des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie

Richerand

Complémentaire santé - Niveau 2

Coopérative Richerand

Individuel

Retraités

CCM
CCAS
Évin

Complémentaire santé - Niveau 2

Retraités non statutaires de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Equinoxe
& Plénitude
Évin

Complémentaire santé - Niveau 2

Retraités des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Tous

Préférence

Complémentaire santé - Niveau 2

**Extérieurs aux IEG accessible à tous
Garantie fermée à l'adhésion**

Oxygène
& Essentiel

Complémentaire santé - Niveau 2

Extérieurs aux IEG accessible à tous

Conjoints

eEquilibre
& eConfort
- AM -

Complémentaire santé - Niveau 2

Conjoints des salariés et des retraités des IEG

eEquilibre
& eConfort
- R2 -

Surcomplémentaire santé - Niveau 3

Conjoints des salariés et des retraités des IEG ayant déjà une complémentaire santé

2_B

Les offres d'Energie mutuelle

Partenariat Energie mutuelle / OCIRP
la garantie Dépendance

Je prépare l'avenir en m'assurant en cas de perte d'autonomie Et vous comment feriez-vous pour faire face à ce risque ?

Afin de faire face à cette problématique, Energie mutuelle a mis en place, en partenariat avec OCIRP Vie, un contrat permettant de percevoir une rente en cas de reconnaissance de l'état de dépendance pour ses adhérents. Cette garantie permet ainsi de s'assurer contre la perte d'autonomie.

Vos avantages



Plus de protection

- Sans délai de carance
- Ni de questionnaire médical
- Versement d'une rente mensuelle pendant toute la durée de la dépendance



Plus de tranquillité

- Soulager les aidants familiaux



Plus de services

- Bénéficiez de services complémentaires à votre adhésion (accompagnement téléphonique, aides financières...)



Plus de liberté

- Pas d'augmentation des cotisations avec l'âge et la possibilité de moduler ses versements





2_c

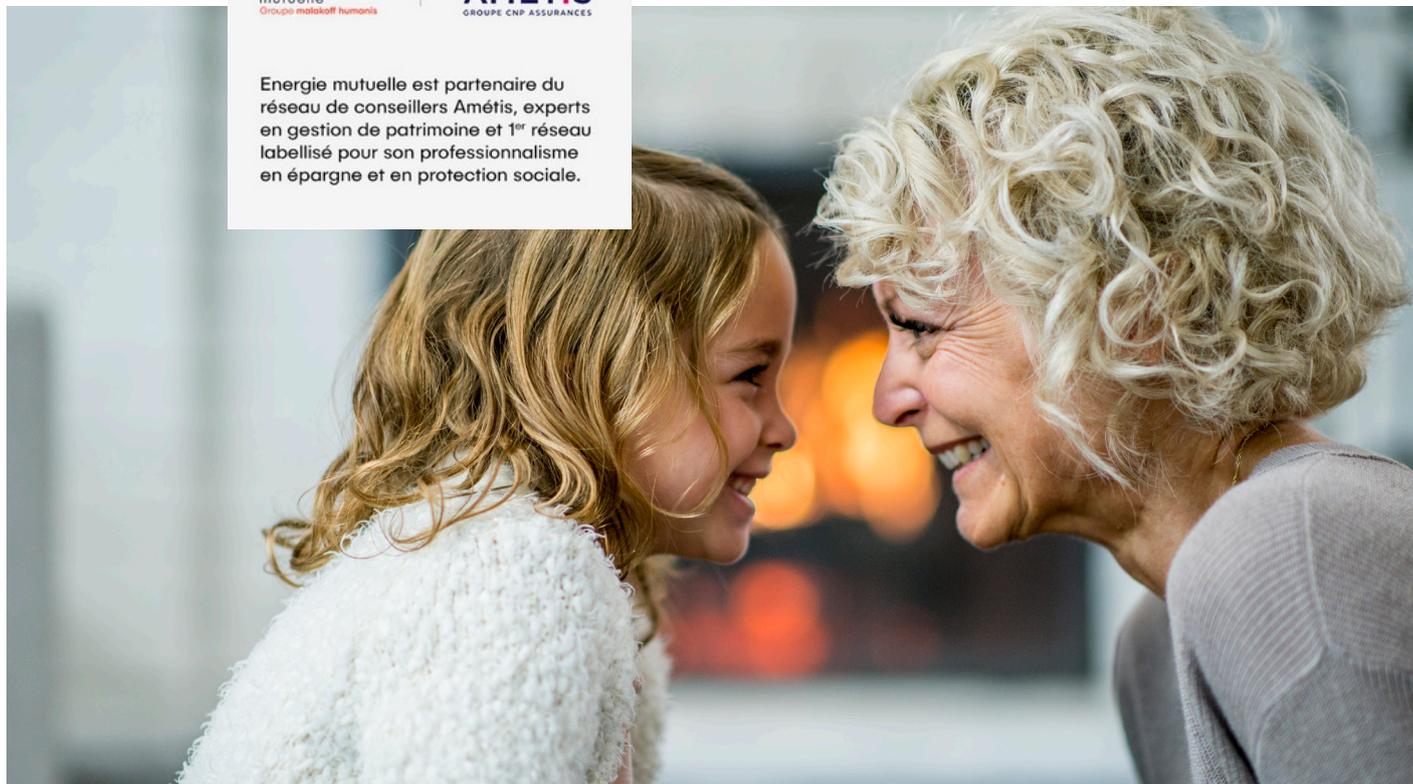
Les offres d'Énergie mutuelle

Le partenariat Énergie mutuelle / CNP-AMÉTIS

Énergie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

AMÉTIS
GROUPE CNP ASSURANCES

Énergie mutuelle est partenaire du réseau de conseillers Amétis, experts en gestion de patrimoine et 1^{er} réseau labellisé pour son professionnalisme en épargne et en protection sociale.



Un accompagnement privilégié pour répondre aux questions que vous vous posez :

- Quelles sont les incidences de mon régime matrimonial en cas de décès ou de divorce ?
- Comment optimiser les clauses bénéficiaires de mes contrats pour réduire les droits de succession ?
- Comment sécuriser la transmission de mon patrimoine ?
- Comment anticiper une éventuelle perte de revenus ?



Bénéficier de conseils en placement



Se protéger et protéger ses proches



Organiser sa transmission de patrimoine



3

Les évolutions des prestations

Les mesures générales

Pour maîtriser le coût de votre mutuelle santé, des ajustements sont réalisés sur les garanties d'Energie mutuelle exclusivement pour des actes non remboursés par l'Assurance Maladie.

ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES



Sécurité sociale, Camieg, Energie mutuelle

Prise en charge du dispositif « Mon Psy » : prise en charge totale de 8 séances par an auprès des psychologues partenaires expérimentés référencés par l'Assurance Maladie

PMSS*

3 666 € pour 2022 (+6,9% vs 2022)

ÉVOLUTIONS GÉNÉRALES ENERGIE MUTUELLE

(hors dispositif CSM et CSM Evin et garanties entreprises)



PLAFONNEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE

45 jours en psychiatrie et 120 jours en médecine/chirurgie

CONSULTATIONS DE MÉDECINE DOUCE

limitées à 6 séances (ostéopathie, chiropractie, acupuncture...)

IMPLANTS

Mise en place d'un délai de carence de 3 mois après adhésion

Limitation à 3 implants remboursés versus 5

Prothèses dentaires non remboursées et parodontologie : révision à la baisse des remboursements

Neutralisation de l'augmentation du PMSS*

Les montants sont exprimés en euros pour les garanties exprimées en % de cet indice

GARANTIES ENERGIE MUTUELLE

Sodeli-Cort, Essentiel et Oxygène, Confort AM et Equilibre AM, eConfort AM et eEquilibre AM, eConfort R2 et eEquilibre R2, Sérénité et Préférence



MÉDECINE DOUCE

Ajustement des garanties pour éviter des phénomènes inflationnistes sur les tarifs des consultations. La moyenne constatée par Energie mutuelle d'une séance d'ostéopathie est de 56 €.

PARODONTOLOGIE

Plafonnement des remboursements étant précisé que pour les personnes en ALD atteinte de diabète, le traitement est pris en charge par l'Assurance Maladie

IMPLANTS

La garantie implant de la CSM et CSM Evin augmente de 47,60 € soit 733,20 € par implant. Selon votre garantie, la prestation est abaissée entre 50 € à 200 € par implant

PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES

Nouvelle écriture de la garantie (ne concerne pas les renforts Sodeli et Cort ni Oxygène et Essentiel)

OPTIQUE

La garantie Monture de Cort sera de 40 € contre 50€. Il est vivement conseillé de fréquenter le réseau des opticiens dont les tarifs sont plus modérés et les équipements de haut niveau.

RÉSEAU KALIXIA

Encore plus de professionnels de la santé dans le réseau pour bénéficiez d'avantages et de réductions sur présentation de votre carte de tiers payant

Nombre de partenaires	2022	2023
Optique	6 700	7 100
Audio	4 400	5 100
Ostéo	500	520

*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Pourquoi un délai de carence sur l'implant ?

Les contrats de mutuelle ou de complémentaire santé impliquent parfois un délai de carence. Pourquoi mettre en place un délai d'attente ? Quels soins sont concernés ?

Qu'est-ce qu'un délai de carence

On appelle « délai de carence » d'une mutuelle ou d'une complémentaire la période de latence entre la souscription du contrat et l'ouverture des droits. Pendant ce laps de temps, l'assuré ne peut prétendre au remboursement de certains soins médicaux. On parle également de délai d'attente. En général, ce délai est de 3 à 6 mois voire 6 mois à suite de la signature du contrat pour les soins les plus élevés.

Pourquoi un délai de carence ?

Le délai de carence permet d'éviter les « effets d'aubaine ». La souscription à une complémentaire santé ou une mutuelle permet de pallier l'imprévu. En effet, l'assurance fonctionne sur un principe de répartition des risques. Chacun est redevable et contribue pour lui, mais aussi pour les autres assurés. Le montant des cotisations sert aux remboursements de tous, selon un principe de solidarité.



La mise en place d'une carence apparaît donc comme une question d'équilibre entre les assurés. Sans délai d'attente, certains assurés pourraient être tentés de souscrire un contrat uniquement dans le but de se faire rembourser des soins hospitaliers programmés sous peu. Ces abus constitueraient une injustice envers les autres assurés.

Chez Energie mutuelle, la décision a été prise d'appliquer seulement sur la garantie Implantologie, un délai de carence de 3 mois au titre de l'implant. 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. **Ce délai ne s'applique pas aux adhésions antérieures au 1^{er} janvier 2023.**



3

Les évolutions des prestations

Les évolutions dans le détail

(e)Sodeli et (e)Cort IEG	2022	2023
CHAMBRE PARTICULIÈRE	Par nuitée	Par nuitée
(e)Sodeli	25 €	20 €
(e)Cort	35 €	30 €
MÉDECINES DOUCES	Maxi 12 séances	Maxi 6 séances
(e)Sodeli	25 € maxi par séance	20 € maxi par séance
(e)Cort	35 € maxi par séance	30 € maxi par séance
PARODONTOLOGIE	Forfait annuel	Forfait annuel
(e)Sodeli	275 €	250 €
(e)Cort	750 €	500 €
IMPLANT DENTAIRE	Par implant	Par implant
(e)Sodeli	250 € (max 5 implants/an)	200 € (max 3 implants/an)
(e)Cort	500 € (max 5 implants/an)	400 € (max 3 implants/an)
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES		
(e)Sodeli	100 % Base de remb. Sécurité Sociale	5 % Frais réels limités à 1000 €
(e)Cort	200 % Base de remb. Sécurité Sociale	10 % Frais réels limités à 1000 €

Préférence et Sérénité	2022	2023
PARODONTOLOGIE	Forfait annuel	Forfait annuel
Préférence	287,95 €	200 €
Sérénité		
IMPLANT DENTAIRE	Par implant	Maximum 3 implants
Préférence	685,60 € (max 5 implants/an)	550 € (max 3 implants/an)
Sérénité		
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES		
Préférence	150 % Base de remb. Sécurité Sociale	30 % Frais réels limités à 1000 €
Sérénité		
MÉDECINES DOUCES	Maxi 12 séances	Maxi 6 séances
Préférence	34 € maxi par séance	34 € maxi par séance
Sérénité		

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.



3

Les évolutions des prestations

Les évolutions dans le détail

Oxygène et Essentiel	2022	2023
PARODONTOLOGIE	Forfait annuel	Forfait annuel
Oxygène 1	460 €	200 €
Oxygène 2		250 €
Essentiel 1		300 €
Essentiel 2		400 €
IMPLANT DENTAIRE	Par implant	Maximum 3 implants
Oxygène 1	25 % Frais réels limités PMSS	400 €
Oxygène 2	30 % Frais réels limités PMSS	
Essentiel 1	35 % Frais réels limités PMSS	450 €
Essentiel 2	40 % Frais réels limités PMSS	600 €
MÉDECINES DOUCES	Maxi 12 séances	Maxi 6 séances
Oxygène 1	25 % Frais réels limités à 100 €	30 € maxi par séance
Oxygène 2		
Essentiel 1		
Essentiel 2		

(e)Equilibre AM et (e)Confort AM	2022	2023
PARODONTOLOGIE	Forfait annuel	Forfait annuel
(e)Equilibre AM	540 €	200 €
(e)Confort AM	600 €	400 €
IMPLANT DENTAIRE	Par implant	Maximum 3 implants
(e)Equilibre AM	30 % Frais réels	200 € par implant
(e)Confort AM	40 % Frais réels	400 € par implant
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES		
(e)Equilibre AM	75 % Frais réels limités 50 % PMSS	30 % Frais réels limités à 1000 €
(e)Confort AM	95 % Frais réels limités 50 % PMSS	
MÉDECINES DOUCES	Maxi 12 séances	Maxi 6 séances
(e)Equilibre AM	50 % Frais réels limités à 100 €	30 € maxi par séance
(e)Confort AM		

(e)Equilibre R2 et (e)Confort R2	2022	2023
PARODONTOLOGIE	Forfait annuel	Forfait annuel
(e)Equilibre R2	540 €	200 €
(e)Confort R2	600 €	400 €
IMPLANT DENTAIRE	Par implant	Maximum 3 implants
(e)Equilibre R2	30 % Frais réels	200 € par implant
(e)Confort R2	40 % Frais réels	400 € par implant
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES		
(e)Equilibre R2	75 % Frais réels limités 50% PMSS	30 % Frais réels limités à 1000 €
(e)Confort R2	95 % Frais réels limités 50% PMSS	
MÉDECINES DOUCES	Maxi 12 séances	Maxi 6 séances
(e)Equilibre R2	50 % Frais réels limités à 100 €	30 € maxi par séance
(e)Confort R2		

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. SS = Sécurité sociale

4

Évolutions des cotisations

Comment sont déterminées les évolutions de cotisations ?
On vous dit tout !

La cotisation de votre mutuelle tient compte de l'évolution prévisionnelle des remboursements des adhérents.

En 2023, l'évolution des cotisations est consécutive à plusieurs facteurs qui expliquent leur évolution :

La dérive des coûts de santé

- Le progrès médical et l'arrivée de nouveaux traitements et protocoles de soins,
- La hausse des dépassements d'honoraires,
- Le vieillissement de la population,
- Le recours de plus en plus fréquent aux médecines douces,
- Le besoin en optique médicale,
- Les retards dans l'accès aux soins dus à la crise sanitaire, notamment en dentaire pour des actes de prothèses plus coûteux comme l'implantologie par exemple,
- La poursuite des hospitalisations qui n'ont pu avoir lieu en 2020,
- L'inflation qui renchérit les coûts des actes médicaux,
- sont autant de facteurs qui nécessitent de couvrir par les cotisations, les besoins croissants en prestations et remboursements.

Les mesures réglementaires conduisent parfois à une plus grande prise en charge par les complémentaires

- **La mise en place du 100% santé** : les assurés du régime général qui choisiront les soins et équipements du panier 100% santé n'auront plus à supporter les frais liés à ces postes puisqu'ils seront pris en charge par l'Assurance maladie et votre complémentaire santé. Cela concerne principalement les dépenses en dentaire et les aides auditives.
- **L'instauration du Forfait Patient Urgences** qui dans un contexte de diminution de médecins facture aux complémentaires un montant de 18 € pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

L'évolution des prestations

- Le Forfait Patient Urgences mis en place en 2022 en remplacement du ticket modérateur est pris en charge par votre mutuelle pour les garanties s'adressant aux assurés relevant du régime général.

Pour vous aider à mieux comprendre pourquoi vos cotisations sont ajustées, nous prenons le temps ici de vous l'expliquer.

Les contrats reposent sur un équilibre global entre toutes les cotisations versées et tous les remboursements perçus.



1 minute pour comprendre



4

Évolutions des cotisations

Quels sont les éléments constitutifs de ma cotisation ?

À quoi sert ma cotisation santé ?

Exemple de redistribution de 100 € perçus par votre mutuelle en 2021 pour une cotisation versée de 113,51 € TTC soit 100 € HT.

13 €

- Gestion des prestations et des cotisations
- Frais de de télétransmission NOEMIE et de tiers payant
- Charges administratives et réglementaires (Ressources humaines, conformité, qualité, pilotage, gouvernance)

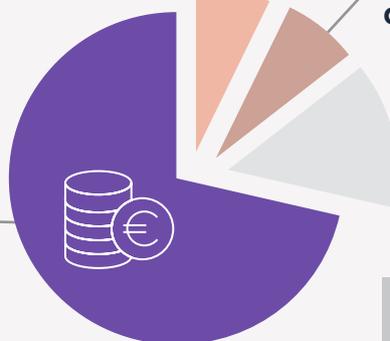
13 €
de frais de fonctionnement

9,41 €

- Relations adhérents (centre d'appels, mails), communication
- Développement
- Animation des territoires, vie mutualiste
- Réseau Kalixia (optique, audiologie, ostéopathie)
- Assistance Energie Mutuelle services (aides à domicile...)

9,41 €
de services et conseils aux adhérents

79,96 €
de remboursements de soins = prestations



13,51 €
de taxes

79,96 €

En choisissant un opticien du réseau Kalixia (liste accessible depuis votre espace personnel), vous économisez 80 € sur un équipement adulte et 40 € sur un équipement enfant

13,51 €

Votre cotisation santé supporte :

- une taxe fiscale* collectée par Energie mutuelle et reversée intégralement à l'Etat. Elle finance des actions de solidarité nationale. Son taux varie selon la nature des contrats entre 13,27 % ou 20,27 %. Elle s'ajoute à votre cotisation hors taxe.
- le forfait patientèle**. Il a été créé notamment pour valoriser le rôle du médecin de secteur 1 traitant dans le suivi du patient et la coordination des soins. Son taux est de 0,8 %. Ce forfait constitue une charge supplémentaire comptabilisée en prestation.

Remarque : La différence de 2,37 € entre la cotisation perçue de 100 € hors taxes et la somme des remboursements et des charges soit 102,37 € représente le résultat d'exploitation de la mutuelle selon les fluctuations de sinistralité et/ou de cotisations.

*https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DSS_SD5D_2015_380%20du%2028%20decembre%202015_TSA.pdf

**Forfait patientèle médecin traitant | ameli.fr | Médecin

4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

En respect de nos obligations légales et réglementaires, vous trouverez ci-après les informations relatives à la situation d'Énergie mutuelle pour l'année 2021 :

Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes :

FRAIS DE GESTION = 22,41 %
de la cotisation santé C

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.

Est égal à 22,41 % des cotisations hors taxes pour 2021.

Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes :

P / C = 79,96 %
(prestation/cotisation santé)

Le ratio entre :

- le montant des **prestations** versées 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.

Est égal à 79,96 % des cotisations hors taxes pour 2021.

4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

Comment être remboursé au mieux et réduire son reste à charge ?

Pour être remboursé au mieux, pensez à déclarer votre médecin traitant et à respecter le parcours de soin.

Passez toujours en première intention par votre médecin traitant

Faute de quoi la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que Energie mutuelle ne pourra prendre en charge.

Excepté pour :

- vos enfants de moins de 16 ans,
- les services d'urgence,
- les consultations de certains spécialistes comme : les ophtalmologues, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues.
- en cas d'indisponibilité ou d'éloignement de votre lieu de résidence habituel,
- pour les accidents de travail ou les maladies professionnelles.



Avant d'engager vos dépenses, estimez vos remboursements en demandant un devis depuis votre Espace adhérent. Un moyen simple pour vérifier instantanément si des frais restent à votre charge, ou non.



4

Évolutions des cotisations

Comment sont déterminées les évolutions de cotisations ?
On vous dit tout !



**J'ai un problème de vue,
comment maîtriser
mes dépenses ?**

1

Je prends rendez-vous avec mon ophtalmologue habituel

3

Je m'informe sur les coût des soins

- Je demande à mon opticien le montant éventuel à ma charge et un devis sur le tarif pratiqué en présentant ma carte de tiers payant.
- Je compare, si besoin, mon devis à une offre « **100% santé** » pour faire un choix éclairé.

5

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- Avec mon espace adhérent **je consulte mes nouveaux décomptes**.

2

Je choisis mon opticien

- Avec les **opticiens partenaires du réseau Kalixia optique**, je bénéficie d'équipements de qualité au meilleur coût (plus de 100 € d'économie en moyenne⁽¹⁾).
- Et grâce à l'offre « **optique intégrale**⁽²⁾ », je n'ai aucun reste à charge sur tous les verres.

4

J'évite l'avance de frais

- Avec **ma carte de tiers payant** acceptée, acceptée par tous les opticiens partenaires kalixia, j'évite l'avance de frais⁽³⁾ et je simplifie mes démarches.



Géolocalisez tous les partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre espace client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Energie mutuelle à équipement équivalent. (2) Selon vos garanties. (3) À hauteur des garanties souscrites.

4

Évolutions des cotisations

(e)Sodeli et (e)Cort

Cotisations mensuelles* (e)Sodeli et (e)Cort

		Cotisations mensuelles*		
		2022	2023	Ecart (€)
(e)Sodeli**	Isolé	9,91 €	10,31 €	0,40 €
	Famille	19,46 €	20,24 €	0,78 €
(e)Cort**	Isolé	25,84 €	26,88 €	1,04 €
	Famille	50,59 €	52,61 €	2,02 €

Cotisations mensuelles* Préférence

	2022		2023		Écart (€)	
	Seul	Famille	Seul	Famille	Seul	Famille
	€/ mois*	€/ mois*				
Moins de 30 ans	42,37 €	109,52 €	44,91 €	116,09 €	2,54 €	6,57 €
De 30 à 39 ans	67,57 €	174,42 €	71,62 €	184,89 €	4,05 €	10,47 €
De 40 à 49 ans	100,20 €	230,94 €	106,21 €	244,80 €	6,01 €	13,86 €
De 50 à 59 ans	124,51 €	264,06 €	131,98 €	279,90 €	7,47 €	15,84 €
60 ans et plus	146,58 €	309,07 €	155,37 €	327,61 €	8,79 €	18,54 €

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2023 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.



4

Évolutions des cotisations

Sérénité

Cotisations mensuelles* Sérénité

			Cotisations mensuelles*		
			2022	2023	Ecart (€)
Sérénité		Isolé	52,79 €	55,96 €	3,17 €
		Famille	94,61 €	100,29 €	5,68 €
Sérénité + Sodeli**		Isolé	58,89 €	62,10 €	3,21 €
		Famille	105,11 €	110,93 €	5,82 €
Sérénité + eSodeli**		Isolé	56,43 €	59,64 €	3,21 €
		Famille	102,66 €	108,48 €	5,82 €
Sérénité + Cort**		Isolé	73,69 €	77,47 €	3,78 €
		Famille	133,60 €	140,53 €	6,93 €
Sérénité + eCort**		Isolé	70,77 €	74,55 €	3,78 €
		Famille	130,68 €	137,61 €	6,93 €

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2023 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.

4

Évolutions des cotisations

Oxygène 1 & Oxygène 2

Cotisations mensuelles* Oxygène 1

	2022		2023		Écart (€)	
	 Seul	 Couple	 Seul	 Couple	 Seul	 Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	37,03 €	73,76 €	38,51 €	76,71 €	1,48 €	2,95 €
Né entre 1982 et 1991	37,91 €	75,54 €	39,43 €	78,56 €	1,52 €	3,02 €
Né entre 1972 et 1981	42,55 €	84,82 €	44,25 €	88,21 €	1,70 €	3,39 €
Né entre 1962 et 1971	48,77 €	97,22 €	50,72 €	101,11 €	1,95 €	3,89 €
Né entre 1952 et 1961	73,53 €	146,80 €	76,47 €	152,67 €	2,94 €	5,87 €
Né entre 1942 et 1951	87,48 €	174,66 €	90,98 €	181,65 €	3,50 €	6,99 €
Né entre 1932 et 1941	129,34 €	258,39 €	134,51 €	268,73 €	5,17 €	10,34 €
Né avant 1931	141,73 €	283,17 €	147,40 €	294,50 €	5,67 €	11,33 €
Enfant	32,48 €		33,78 €		1,30 €	

Cotisations mensuelles* Oxygène 2

	2022		2023		Écart (€)	
	 Seul	 Couple	 Seul	 Couple	 Seul	 Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	54,16 €	108,05 €	56,33 €	112,37 €	2,17 €	4,32 €
Né entre 1982 et 1991	55,45 €	110,62 €	57,67 €	115,04 €	2,22 €	4,42 €
Né entre 1972 et 1981	61,53 €	122,79 €	63,99 €	127,70 €	2,46 €	4,91 €
Né entre 1962 et 1971	76,72 €	153,21 €	79,79 €	159,34 €	3,07 €	6,13 €
Né entre 1952 et 1961	94,98 €	189,70 €	98,78 €	197,29 €	3,80 €	7,59 €
Né entre 1942 et 1951	123,88 €	247,48 €	128,84 €	257,38 €	4,96 €	9,90 €
Né entre 1932 et 1941	151,25 €	302,19 €	157,30 €	314,28 €	6,05 €	12,09 €
Né avant 1931	180,16 €	360,03 €	187,37 €	374,43 €	7,21 €	14,40 €
Enfant	48,18 €		50,11 €		1,93 €	

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

4

Évolutions des cotisations

Essentiel 1 & Essentiel 2

Cotisations mensuelles* Essentiel 1

	2022		2023		Écart (€)	
	Seul €/mois*	Couple €/mois*	Seul €/mois*	Couple €/mois*	Seul €/mois*	Couple €/mois*
Né en 1992 et après	119,51 €	238,71 €	124,29 €	248,26 €	4,78 €	9,55 €
Né entre 1982 et 1991	122,35 €	244,42 €	127,24 €	254,20 €	4,89 €	9,78 €
Né entre 1972 et 1981	128,44 €	256,61 €	133,58 €	266,87 €	5,14 €	10,26 €
Né entre 1962 et 1971	134,50 €	268,73 €	139,88 €	279,48 €	5,38 €	10,75 €
Né entre 1952 et 1961	142,11 €	283,91 €	147,79 €	295,27 €	5,68 €	11,36 €
Né entre 1942 et 1951	164,92 €	329,60 €	171,52 €	342,78 €	6,60 €	13,18 €
Né entre 1932 et 1941	187,73 €	375,19 €	195,24 €	390,20 €	7,51 €	15,01 €
Né avant 1931	212,07 €	423,83 €	220,55 €	440,78 €	8,48 €	16,95 €
Enfant	60,04 €		62,44 €		2,40 €	

Cotisations mensuelles* Essentiel 2

	2022		2023		Écart (€)	
	Seul €/mois*	Couple €/mois*	Seul €/mois*	Couple €/mois*	Seul €/mois*	Couple €/mois*
Né en 1992 et après	170,49 €	340,69 €	177,31 €	354,32 €	6,82 €	13,63 €
Né entre 1982 et 1991	174,57 €	348,85 €	181,55 €	362,80 €	6,98 €	13,95 €
Né entre 1972 et 1981	183,28 €	366,20 €	190,61 €	380,85 €	7,33 €	14,65 €
Né entre 1962 et 1971	191,94 €	383,57 €	199,62 €	398,91 €	7,68 €	15,34 €
Né entre 1952 et 1961	200,66 €	400,96 €	208,69 €	417,00 €	8,03 €	16,04 €
Né entre 1942 et 1951	228,47 €	456,61 €	237,61 €	474,87 €	9,14 €	18,26 €
Né entre 1932 et 1941	256,25 €	512,19 €	266,50 €	532,68 €	10,25 €	20,49 €
Né avant 1931	285,79 €	571,27 €	297,22 €	594,12 €	11,43 €	22,85 €
Enfant	85,61 €		89,03 €		3,42 €	

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

4

Évolutions des cotisations

(e)Equilibre R2 et (e)Confort R2
(e)Equilibre AM et (e)Confort AM

Cotisations mensuelles* (e)Equilibre R2 et (e)Confort R2

		Cotisations mensuelles*		
		2022	2023	Ecart (€)
Equilibre R2	Sans enfant à charge	41,22 €	42,76 €	1,54 €
	Avec enfant(s) à charge	72,24 €	75,02 €	2,78 €
eEquilibre R2	Sans enfant à charge	38,49 €	40,03 €	1,54 €
	Avec enfant(s) à charge	69,51 €	72,29 €	2,78 €
Confort R2	Sans enfant à charge	61,03 €	63,34 €	2,31 €
	Avec enfant(s) à charge	104,64 €	108,70 €	4,06 €
eConfort R2	Sans enfant à charge	57,79 €	60,10 €	2,31 €
	Avec enfant(s) à charge	101,40 €	105,46 €	4,06 €

Cotisations mensuelles* (e)Equilibre AM et (e)Confort AM

		Cotisations mensuelles*		
		2022	2023	Ecart (€)
Adulte seul ou avec enfant(s)	Equilibre AM**	72,89 €	75,70 €	2,81 €
	eEquilibre AM	70,16 €	72,97 €	2,81 €
	Confort AM**	113,46 €	117,87 €	4,41 €
	eConfort AM	110,22 €	114,63 €	4,41 €

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2023 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.

5_A

Être couvert en inactivité ou en retraite

Bien préparer sa retraite : pas de question sans réponse !



Futur retraité : c'est le moment de penser à sa complémentaire santé !

Profitez de la couverture CSM Evin afin de maintenir votre couverture de branche CSM d'entreprise CSM. Vous bénéficierez du même niveau de garanties que votre couverture salariée, à des cotisations avantageuses, sans interruption de couverture, tout en gardant la télétransmission avec la Camieg.

À la retraite, comment serais-je couvert ?

Votre affiliation obligatoire à la Couverture Supplémentaire Maladie CSM cesse au jour de la fin de votre contrat de travail, vous n'êtes plus couvert dès le 1^{er} jour qui suit le départ de votre entreprise. C'est pourquoi il est important de faire son choix avant de partir en retraite.

Quels sont les choix qui s'offrent à moi ?

Vous et vos ayants droit pouvez continuer à bénéficier des mêmes prestations santé CSM que les agents en activité et des mêmes services grâce à la garantie CSM Evin.

À quoi correspond le délai de 6 mois ?

La couverture CSM Evin est accessible au plus tard dans les 6 mois postérieurs à votre départ en retraite. C'est un délai qui permet éventuellement de prendre

un temps de réflexion pour le choix de sa nouvelle mutuelle. **Cependant, vous n'êtes plus couvert par Energie mutuelle dès le premier jour du départ en retraite.**

Quelle est la différence entre le contrat CSM des actifs et le contrat CSM Evin des retraités ?

Les niveaux de remboursements sont totalement identiques, vous gardez le même niveau de prestation. Seule la cotisation diffère en raison de l'arrêt de participation de l'employeur.

Qui peuvent être affiliés sur la couverture CSM Evin ?

Les ayants-droits du contrat CSM Evin doivent obligatoirement être affiliés sous la couverture Camieg de l'ouvrant droit (enfants et conjoint(e)).

Deux anciens salariés des IEG peuvent-ils être affiliés ensemble ?

La couverture CSM Evin est soumise à l'affiliation individuelle de chaque agent, donc elle ne peut pas couvrir deux anciens agents des IEG ensemble. Cependant, la couverture Sérénité, bénéficiant d'un niveau similaire de prestation le permet.

Y'a-t-il plusieurs niveaux de couvertures possibles ?

Vous avez la possibilité, comme pour le contrat CSM, d'ajouter une option Sodeli ou Cort afin d'améliorer le niveau de remboursement et de bénéficier de services et d'assistances supplémentaires.

Comment se calcule la cotisation ?

La cotisation de la couverture CSM Evin se calcule avec un pourcentage de 1,407 % de votre salaire de référence des 12 derniers mois en activité (salaires bruts toutes primes comprises). Toutefois, les cotisations sont plafonnées, les trois premières années, avec une cotisation mensuelle maximale de 48,23 € et vous bénéficierez d'une réduction sur les deux premières années. Les ayants droit (affiliés camieg) bénéficient d'une cotisation unique de 0,988 % du PMSS (36,22 €).

Bénéficierai-je toujours de la Télétransmission Camieg

La télétransmission avec la Camieg se conserve et vous n'avez pas de démarches supplémentaires à effectuer.

5_B

Précis sur la loi Evin

La loi Evin de 1989 prévoit la possibilité de conserver sa mutuelle après avoir quitté son entreprise. Conditions, avantages, inconvénients, tout sur la loi Evin.

Loi Evin pour sa mutuelle santé : qu'est-ce que c'est ?

La loi Evin évoque les sujets liés au tabac et à l'alcool. Mais le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité entre 1988 et 1991, Claude Evin, est aussi à l'origine d'une loi majeure sur la mutuelle santé. En effet, l'article 4 de la loi Evin de 1989 prévoit que les salariés quittant une entreprise peuvent continuer à bénéficier de la mutuelle santé en vigueur dans leur entreprise.

Loi Evin : dans quelles conditions peut-on en profiter ?

Selon l'article 4 de la loi Evin sur la mutuelle obligatoire collective, les anciens salariés peuvent continuer à bénéficier de cette mutuelle lorsqu'ils ont quitté l'entreprise. Les personnes concernées sont :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les personnes qui perçoivent les allocations chômage ;
- les ayants droit d'un salarié décédé qui veulent conserver la mutuelle collective du défunt.

Pour bénéficier de l'article 4 de la loi Evin sur la mutuelle, les anciens salariés disposent de 6 mois à compter de la rupture du contrat pour faire leur demande. Les ayants droit disposent également de 6 mois après le décès pour demander la continuité de la mutuelle. Les anciens salariés qui demandent la portabilité obtiennent un maintien des garanties sans condition de durée.

Quelles incidences sur la cotisation de mutuelle santé avec la loi Evin ?

Au maintien des garanties correspondent des avantages en termes de cotisations. Initialement, le montant de la cotisation ne pouvait excéder 50 % du prix appliqué aux salariés.

Depuis le décret 2017-372 du 21 mars 2017, une évolution des tarifs est prévue sur trois ans. La 1^{er} année, le prix payé par l'ancien salarié ne peut être supérieur aux tarifs globaux applicables aux salariés encore actifs. La 2^e année, la cotisation ne

peut excéder 25 % de ces tarifs. La 3^e année, elle ne peut excéder 50 %. À compter de la 4^e année et par la suite, les tarifs ne sont plus encadrés et sont déterminés en vue d'assurer l'équilibre financier du contrat.

Qu'appelle-t-on les tarifs globaux des actifs ? Peuvent-ils augmenter ?

Le plafond d'augmentation fixé par la loi et son décret d'application ne s'applique pas au montant de cotisations que les salariés payaient antérieurement, mais bien au « tarif global applicable aux salariés actifs de l'entreprise », disposition définie comme la moyenne de l'ensemble des tarifs appliqués aux salariés actifs de l'entreprise, toutes situations confondues (en ce sens compris les tarifs individuels et familiaux).

La loi n'interdit pas des augmentations ultérieures des tarifs de leur contrat individuel dans la mesure où cette hausse est uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents y souscrivant (3^e alinéa de l'article 6 de la loi).

Avantages de la loi Evin

L'avantage majeur de la loi Evin sur la mutuelle est le maintien des garanties sans limite de durée. Les garanties des contrats collectifs sont parfois avantageuses, l'ancien salarié continuera à être bien protégé. D'autre part, il n'y a pas de questionnaire médical à remplir.

La loi Evin pour sa mutuelle santé : est-ce toujours intéressant ?

Vous l'aurez compris, la loi Evin offre bien des avantages. Ainsi, vous bénéficiez du maintien des garanties des salariés en activité, malgré des cotisations sans participation de l'employeur.

Pour être certain de trouver une complémentaire santé sur-mesure à l'âge notamment de la retraite, il peut être intéressant de souscrire à un renfort comme Sodeli ou Cort et ainsi de trouver une couverture parfaitement adaptée à vos besoins.



5_B

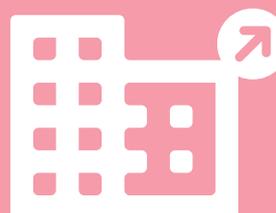
Être couvert en inactivité ou en retraite

À la sortie du dispositif CSM, pour conserver votre mutuelle en tant que retraités notamment, la CSM Evin est faite pour vous ! Les adhérents de la CSM bénéficient du dispositif CSM Evin qui leur permet de bénéficier de plusieurs garanties prévues par la Loi dite « Evin du 31 décembre 1989 » :

Le même niveau de garanties sans délai de carence ni questionnaire médical



Un délai de 6 mois pour y adhérer après avoir quitté leur entreprise



Un encadrement tarifaire en référence aux tarifs globaux appliqués aux actifs (c'est-à-dire, la moyenne des tarifs appliqués aux salariés actifs, toutes situations confondues – isolé et famille), **permettant de maintenir aux retraités l'accessibilité des garanties et services des actifs :**

année 1
0% maximum

année 2
+25%

année 3
+50%

années suivantes

tarifs fixés de manière à ce que l'équilibre financier puisse être respecté

(décret n°2017-372 du 21 mars 2017)

Maximum + 50 % pour les adhésions antérieures au 1^{er} juillet 2017
(décret n°90-769 30 août 1990)

Les services de la CSM sont reconduits



Tiers payant Viamedis



Téléconsultation médicale



Deuxième Avis Médical



Imagerie 3D (Visible Patient)



5_B

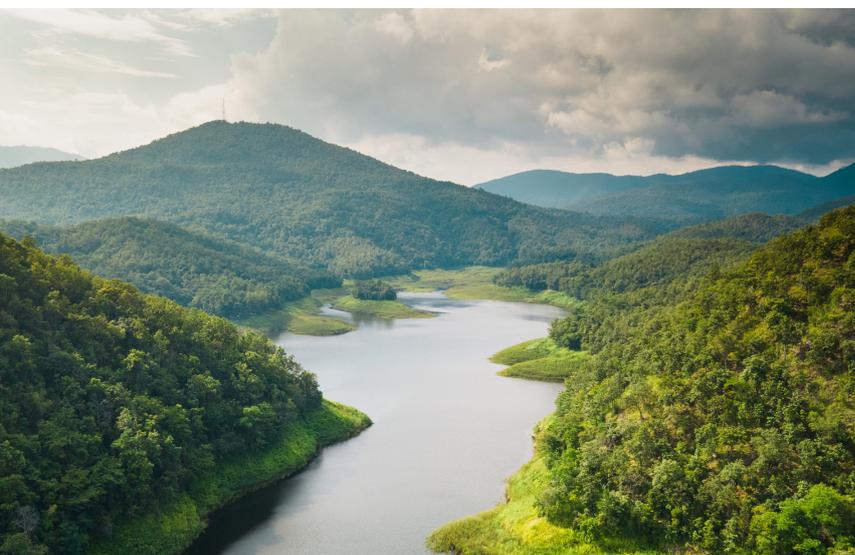
Évolutions de la Couverture Supplémentaire Maladie

CSM Evin

Génération CSM Evin	Structure cotisation	2022		2023		Ecart
		Taux*	€ max	Taux*	€ max	
< 2016	Evin 1					€
Décret 1990	Isolé	1,367 %	46,86 €	1,461 %	50,08 €	3,22 €
Art. 4 et 6	Famille	2,411 %	82,65 €	2,577 %	88,34 €	5,69 €
> 2016 et < 07/2017	Evin 2					
Décret 1990	Isolé	1,367 %	46,86 €	1,461 %	50,08 €	3,22 €
Art. 4 et 6	Famille	2,411%	82,65 €	2,577 %	88,34 €	5,69 €
> 07/2017	Evin 3					
Art. 4 et 6	Isolé 1 ^{er} année	0,877 %	30,06 €	0,938 %	32,15 €	2,09 €
	Isolé 2 ^e année	1,096 %	37,57 €	1,172 %	40,18 €	2,61 €
	Isolé 3 ^e année	1,316 %	45,11 €	1,407 %	48,23 €	3,12 €
	Isolé 4 ^e année	1,367 %	46,86 €	1,461 %	50,08 €	3,22 €
	Ayants droit Camieg	0,988 %**	33,87 €	0,988 %**	36,22 €	2,35 €

*Taux de cotisations à CSM Evin.

**Les taux sont exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3 428 € en 2022 et 3 666 € en 2023.



À noter que pour bénéficier des droits et avantages de la loi Evin, les adhérents à la CSM peuvent demeurer dans ce dispositif même après la 3^e année. Et ainsi conserver tous les avantages de la branche des IEG.



Les services d'Energie mutuelle

Votre espace personnel et mon appli mobile



Toutes vos démarches
en quelques clics



ACTIVER
MON COMPTE



GÉRER MES
DÉPENSES
DE SANTÉ



ACCÉDER À MES
INFORMATIONS
PERSONNELLES



Rendez-vous sur
adh.energiemutuelle.fr

CLIQUEZ SUR CETTE VIDÉO POUR LIRE LE TUTORIEL
ET ACTIVEZ VOTRE COMPTE SUR L'ESPACE PERSONNEL



Découvrez
notre appli



en
2 min!

Prenez en photo vos devis et factures
Transmettez en un clic
Soyez remboursé encore plus vite !

Consultez votre espace
personnel sur l'appli Energie
mutuelle, disponible depuis
Google Play ou App Store, en
flashant le QR code :





Les services d'Energie mutuelle

Gestion de mes remboursements

Passons d'abord en revue deux questions qui sont posées régulièrement à nos téléconseillers !

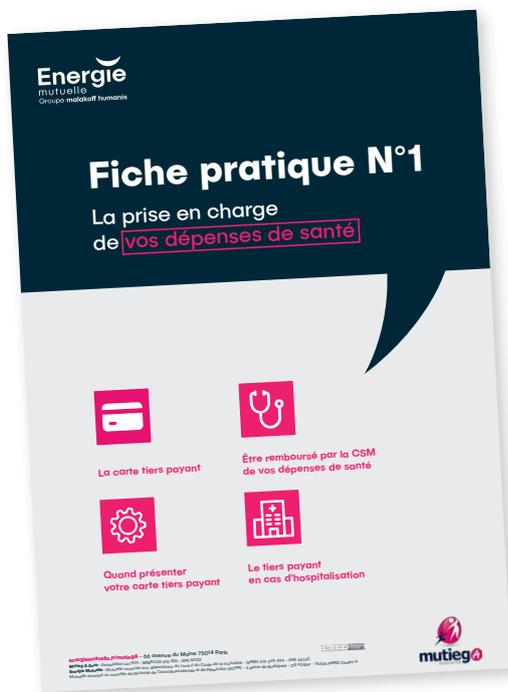
Pourquoi le nom de ma garantie ne figure-t-elle pas sur la carte de tiers payant ?

C'est très simple, la carte de tiers payant est un moyen destiné à vous dispenser de faire l'avance des frais. Elle renseigne le professionnel de santé du niveau de votre garantie grâce aux identifiants figurant sur celle-ci. Le nom de la garantie ne le renseignera pas sur vos prestations. En se connectant sur Viamedis, votre professionnel de santé pourra pratiquer le tiers payant à hauteur de votre garantie et dans la limite des frais engagés et des remboursements de l'assurance maladie.

Pourquoi n'ai-je pas de carte de tiers payant ?

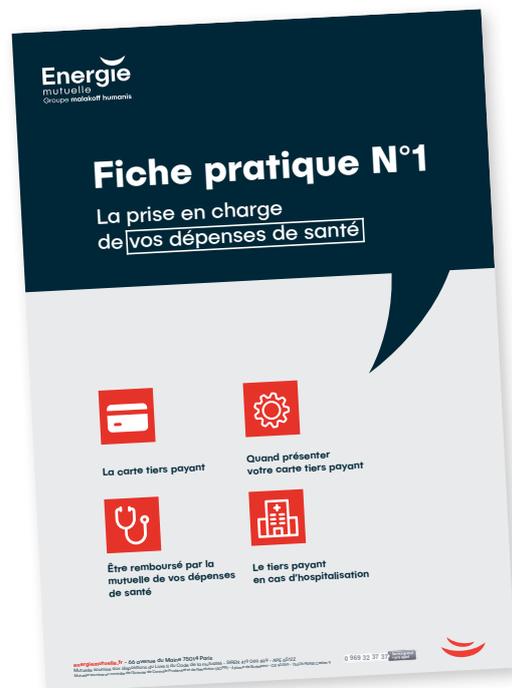
Pour certaines garanties, vous disposez d'une attestation parce que votre premier niveau de couverture intervient en surcomplémentaire de votre couverture qui n'est pas assurée par Energie mutuelle. Le professionnel de santé ne peut pratiquer le tiers payant lorsque l'assuré dispose de deux complémentaires santé différentes. C'est le cas des garanties Equilibre R2 et Confort R2 ainsi que pour certains adhérents des renforts Sodeli ou Cort.

Pour comprendre la prise en charge de vos dépenses de santé, consultez la fiche pratique qui correspond à votre situation.



Régime spécial - Camieg

Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



Régime général

Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



Les services d'Energie mutuelle

Le tiers payant

Un réseau de tiers payant plus étendu pour moins d'avance de frais !

Depuis le 1^{er} janvier 2019, votre couverture frais de santé a confié à Viamedis, opérateur national de tiers payant certifié ISO 9001, la gestion du tiers payant : Hospitalisation, Optique, Audioprothèse pour les adhérents relevant de la Camieg.*

VOS AVANTAGES

Accords de prises en charge hospitalisation, optique et audioprothèse instantanés



HOSPITALISATION

Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande



OPTIQUE ET AUDIOPROTHÈSE

De même, les professionnels de santé obtiennent directement la réponse à leurs demandes de prise en charge saisies en ligne

Accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France



240 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

du réseau Viamedis acceptent votre carte de tiers payant, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM)



GÉOLOCALISATION

accessible depuis votre espace adhérent

*Le tiers payant lié aux prestations versées par la Camieg est effectué directement par celle-ci auprès du professionnel de santé, selon les conventions Camieg en vigueur.



Les services d'Énergie mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

24h/24 et 7j/7



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical



Deuxième Avis Médical

Pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou situations médicales complexes



Ma famille



Energie Mutuelle Services*

aide-ménagère, garde d'enfants, transport à l'école et rapatriement d'un proche...

*selon votre garantie ou renfort



Assistance Dépendance*

rente viagère mensuelle et aménagement du domicile (Indépendance Royale)

Mon budget

- **Carte de tiers payant Viamedis** : Moins d'avance de frais et des accords de prise en charge instantanés en hospitalisation, optique et audio grâce au premier réseau de tiers-payant de France
- **Fonds d'action sociale** : Vous avez la possibilité de le solliciter en cas de coup dur
- **Réseau de soins Kalixia** : Des tarifs pour vous dans le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne

« Habitant en zone rurale, il est appréciable de pouvoir solliciter un professionnel de santé à distance. Cela permet de nous rassurer sans avoir à se déplacer ou attendre le lendemain pour avoir un rendez-vous dans la grande ville d'à côté. »

Assistance Energie Mutuelle

– Farid

« J'étais en vacances avec mon épouse et mes petits-enfants dans les Alpes et je me suis tordu la cheville lors d'une randonnée. Mon épouse n'ayant pas le permis, nous avons contacté l'assistance pour trouver une solution de rapatriement. »

Deuxième Avis Médical

– Monique,
atteinte d'un cancer du sein

« L'équipe médicale m'avait prescrit un traitement de chimiothérapie mais après la première séance, j'ai dû l'interrompre car je ne le supportais pas. J'ai envoyé mon dossier à deuxiemeavis.fr et un oncologue m'a répondu en 2 jours. Il m'a convaincu que le traitement prescrit était le plus efficace dans ma situation et il m'a conseillé de le reprendre. »



Les services d'Énergie mutuelle

Zoom sur Kalixia

Le réseau optique Kalixia

Parce que votre mutuelle est bien plus qu'une complémentaire santé

Quand on pense complémentaire santé, on ne pense souvent qu'aux remboursements. Avec Énergie mutuelle, votre contrat santé vous rembourse mais vous fait aussi bénéficier de services pratiques et utiles au quotidien. Ainsi, nous vous protégeons toujours mieux avec des garanties pratiques qui intègrent les évolutions réglementaires du « 100 % Santé », des aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social et de nouveaux services dont le réseau Kalixia pour prendre soin de votre santé et rendre vos démarches plus faciles.

Kalixia : un réseau de partenaires santé partout en France

Des opticiens, des centres audios et des ostéopathes, vous proposent selon vos garanties des avantages et réductions sur présentation de votre carte de tiers payant.

L'objectif : réduire votre reste à charge, maîtriser l'inflation des coûts, garantir la qualité des prestations, tout en vous offrant une liberté de choix.

Les plus du réseau

Kalixia optique : un réseau de 7 000 opticiens

- **Des verres en moyenne 35 % moins chers** par rapport aux prix habituellement constatés sur le marché
- **20 % de réduction au minimum sur les montures** (hormis certaines montures de marques non soumises à réduction)
- L'assurance de verres de qualité supérieure, dont la **traçabilité est assurée**
- **Un suivi privilégié** ; entretien, remplacement en cas de casse ou d'inadaptation aux progressifs ou aux lentilles, contrôles réguliers de l'évolution de votre vision.

Kalixia audio : 5 100 centres audio

Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : jusqu'à 600 € en moyenne d'économie pour un double équipement (prix moyen constaté sur le marché : 3 600 € pour un double équipement).

- **Un suivi personnalisé et régulier** lors de la période d'essai et d'adaptation, pendant toute la durée de vie de l'appareil
- **Un tarif tout compris** pour un appareil prêt à l'emploi, livré avec un kit d'entretien
- La possibilité d'en **faire bénéficier ses ascendants** directs.

Kalixia ostéo : près de 500 ostéopathes

- **Des prix maîtrisés** entre 50 et 70 € la séance
- **Une charte qualité**
- Des professionnels de santé sélectionnés avec soin
- La saisie de votre facture acquittée en ligne sur votre espace adhérent Énergie mutuelle.



Kalixia

1^{er} réseau de France
avec 11 millions de bénéficiaires

Géolocalisation accessible
depuis votre espace adhérent

Liberté de choix
du professionnel de santé

Tiers payant systématique,
en optique et en audio
via notre partenaire Viamedis



Les services d'Énergie mutuelle

Deuxième Avis Médical inclus dans votre contrat santé



Vous vous posez des questions avant une décision médicale importante :

- Dois-je me faire opérer ?
- Le traitement proposé à ma fille est-il adapté ?
- Est-ce le bon diagnostic ?

Parce que deux avis valent mieux qu'un, Énergie mutuelle vous permet d'obtenir l'avis d'un médecin spécialisé reconnu dans votre pathologie en moins de 7 jours.

Deuxiemeavis.fr qu'est-ce que c'est ?

650
PATHOLOGIES
COUVERTES

250
MÉDECINS
SPÉCIALISTES


**100 % PRIS
EN CHARGE
PAR ENERGIE
MUTUELLE**


**SUPPORT
PATIENT**
Accompagnement
hotline, chat, mail de
9h à 18h du lundi au
vendredi


**AVIS ÉCRIT
EN - DE 7 J.**
sur la base d'un
dossier médical
complet

98 % DE RECOMMANDATION DU SERVICES

Comment ça marche ?

- 1 Connectez-vous à deuxiemeavis.fr via votre espace adhérent
- 2 Sélectionnez votre pathologie, visualisez la liste des médecins spécialisés et posez votre question
- 3 Remplissez votre dossier médical, et transmettez les informations et les documents médicaux à votre disposition
- 4 Obtenez l'avis de l'expert en moins de 7 jours
- 5 Partagez ce deuxième avis avec votre équipe médicale traitante si vous le souhaitez



Cliquez sur cette vidéo pour en savoir plus le service Deuxième Avis



Les services d'Énergie mutuelle

Deuxième Avis Médical, ils en parlent

Témoignages



Floriane, atteinte d'endométriose

Depuis l'âge de 9 ans, Floriane souffre de violentes crises de douleurs dans le bas ventre puis de troubles digestifs avec de forts ballonnements, de troubles urinaires, de fatigue chronique...

Après plusieurs examens médicaux et 15 ans d'errance médicale, Floriane apprend l'existence d'une maladie nommée Endométriose et dont les symptômes correspondent à ceux qu'elle subit depuis son plus jeune âge. En se documentant, elle découvre deuxiemeavis.fr et décide de prendre l'avis de l'un des médecins spécialistes en endométriose.

Enfin diagnostiquée, c'est un réel soulagement pour elle de comprendre ses symptômes et de mettre un nom sur les maux dont elle souffre depuis si longtemps.



Philippe, atteint d'une hernie discale

Philippe, qui souffrait d'une hernie discale, était invité par son chirurgien à se faire opérer au plus vite. Cependant Philippe, craignant l'opération, se demandait si d'autres alternatives pouvaient être envisagées. Grâce à deuxiemeavis.fr il a pu poser toutes ses questions concernant cet acte chirurgical et les différents traitements possibles. Le deuxième avis étant convergent avec le premier, **cela lui a permis d'aborder cette opération de manière plus sereine.**



Michel 77 ans, atteint d'un cancer de la prostate

Récemment, on a diagnostiqué à Michel un cancer de la prostate. Il s'est tourné vers deuxiemeavis.fr, pour obtenir une confirmation du traitement qui lui a été proposé. Il a connu le site deuxiemeavis.fr par sa mutuelle qui le prend en charge à 100%.

Cinq jours après avoir envoyé une demande de deuxième avis, Michel a reçu le compte-rendu d'un médecin expert de sa maladie sur le traitement qui lui a été proposé. **Très satisfait de l'avis rendu par le médecin expert**, Michel dispose désormais de tous les éléments pour discuter avec son médecin.



Consulter d'autres témoignages sur le site deuxiemeavis.fr

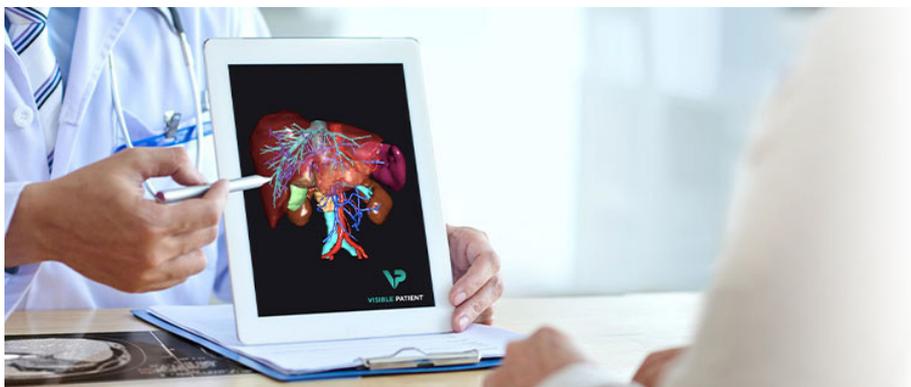


Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.



Les services d'Energie mutuelle

Visible Patient



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) demandé par l'établissement ou le praticien à Visible Patient une copie virtuelle 3D de votre anatomie.

À l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.

EXAMEN STANDARD



1

Je consulte un médecin



2

Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE



3

Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie



4

Mon médecin planifie et optimise l'opération à l'aide de mon modèle 3D

Avec le modèle 3D, vous comprenez mieux les démarches proposées par votre médecin et choisissez avec lui les meilleures options pour votre traitement.

Le service d'analyse des images médicales proposé par Visible Patient est certifié ISO 13485 et ses logiciels sont des dispositifs médicaux agréés.



Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique

- ✓ Simplifie la planification
- ✓ Améliore les gestes opératoires
- ✓ Diminue les risques d'erreurs chirurgicales
- ✓ Facilite la compréhension de votre pathologie



3 000 PATIENTS en ont déjà bénéficié



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « **Energie mutuelle Visible Patient** » pour plus d'informations



Les services d'Energie mutuelle

Zoom Action sociale

En cas de situation particulièrement difficile, en lien avec le risque maladie, l'autonomie ou le handicap, des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations Energie mutuelle peuvent être versées par la commission d'entraide santé après étude des demandes par celle-ci.



Optique



Dentaire



Appareillage



Soins médicaux⁽¹⁾



Paramédical⁽²⁾



Equipement⁽³⁾

Les dossiers d'entraide santé ne peuvent pas être étudiés, si :

- Le reste à charge est inférieur à 200 €
- Les frais sont acquittés depuis plus d'un an à la date de réception

(1) Chambre particulière, dépassements d'honoraires et traitement spécifique non remboursé, forfait journalier, frais de séjour, hébergement temporaire, pharmacie, laboratoire, médecine douce, aide à la procréation, praticien non OPTAM

(2) Psychologie, neuropsychologie, psychothérapie, EDMR, psychomotricité, ergothérapie, orthoptie, graphomotricité, podologie, kinésithérapie, orthophonie...

(3) Lit médicalisé, scooter électrique..., toujours en lien soit avec le handicap, soit avec la perte d'autonomie.

Comment y accéder ?

Nous nous tenons à votre disposition et vous remercions de nous retourner votre dossier complet à l'adresse ci-dessous :

Energie mutuelle
Pôle Social
4 rue FULTON
49000 ANGERS



ou



via notre site internet
energiemutuelle.fr

Onglet « Solidarité et Assistance »,
rubrique « Service Solidarité et Prévention »

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel



Zoom RSE

La RSE constitue l'ADN de la stratégie d'Énergie mutuelle et mobilise l'ensemble des acteurs de la mutuelle pour faire vivre au quotidien nos engagements RSE et faire évoluer notre culture d'entreprise dans une trajectoire vertueuse en matière sociale et environnementale.

NOS PILIERS



Environnement



Qualité



Éthique

NOS OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- ✓ Limiter nos impressions
- ✓ Être responsable dans nos achats
- ✓ Limiter la pollution numérique
- ✓ Respecter une politique de déplacement
- ✓ Baisser nos émissions de CES
- ✓ Améliorer notre satisfaction adhérents et clients
- ✓ Favoriser le développement de l'innovation
- ✓ Être à l'écoute de nos collaborateurs
- ✓ Développer l'apprentissage en recrutant des alternants
- ✓ Soutenir l'égalité professionnelle
- ✓ Développer les compétences de nos collaborateurs grâce à la formation
- ✓ Favoriser l'insertion de travailleurs en situation de handicap (RQTH)
- ✓ Soutenir des associations de personnes en difficulté
- ✓ Réduire les inégalités d'accès à la santé
- ✓ Communiquer sur notre RSE
- ✓ Partager les stratégies et les enjeux de la mutuelle auprès des collaborateurs

NOS INDICATEURS HORIZONS 2025

Imprimer 200 feuilles par collaborateurs par an

70 % d'achats responsables

100 % des collaborateurs nettoient leurs données numériques

100 % des collaborateurs suivent la politique de déplacement

15.5 teq CO² par collaborateurs

Collaboration avec 3 startups par an

Bien être des collaborateurs avec un taux \geq à 80 %

18 % d'alternants

Un index égalité femmes/hommes de 90/100

2 % de la masse salariale consacrée à la formation

8 % de personnes reconnues de la qualité de travailleurs handicapés (RQTH) au sein de l'entreprise

3 contrats annuel de partenariats avec des associations d'aides aux personnes en difficultés

2 actions par an

Publier annuellement 1 bilan RSE en externe

12 communications par an



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Une hausse dynamique des ressources pour les établissements de santé

Le sous-objectif établissements de santé de l'ONDAM s'établit pour 2023 à 100,7 Md€, en augmentation de + 4,1 % une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire, soit un rythme deux fois plus rapide qu'au cours de la décennie 2010.

Les nouveaux financements permettront notamment de financer :

- la fin de la montée en charge des mesures du Ségur et des assises de la santé mentale, notamment s'agissant de l'intéressement collectif (+ 0,3 Md€) dont l'enveloppe totale atteindra en 2023 la cible de 1 Md€ ;
- en année pleine, la hausse du point d'indice dans la Fonction publique et des revalorisations dans les établissements privés non lucratif et lucratif (1,1 Md€) ;
- le rythme des évolutions tendanciennes.

Cette augmentation traduit, à nouveau, un engagement fort du Gouvernement à accompagner financièrement les établissements de santé dans un contexte marqué par la poursuite d'une prise en charge du Covid-19, des tensions en matière de ressources humaines qui restent fortes et une inflation qui perdurera en 2023. Les établissements pourront ainsi bénéficier intégralement des fruits de leurs efforts sur la qualité, sans reprise dans l'ONDAM.

Hors effets de la crise sanitaire, l'enveloppe allouée aux soins de ville progressera de 2,9 %, et les dépenses médico-sociales de 5,1 % s'agissant des établissements et services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et de 5,2 % pour les personnes en situation de handicap. Ainsi, l'ONDAM 2023 intègre notamment en ville :

- le financement de mesures prises dans le cadre du plan « ma santé mentale »,
- la poursuite de la montée en charge de la convention des infirmiers libéraux et des pharmaciens.
- Il permettra également le financement des nouvelles conventions à venir des médecins et masseurs-kinésithérapeutes.

Détail par sous-objectifs

	Augmentation en niveau des sous-ONDAM en 2023	Taux d'évolution des sous-ONDAM en 2023
ONDAM Total hors crise	8,6 Md€	3,7 %
Dépenses de soins de ville	2,9 Md€	2,9 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	4,0 Md€	4,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	0,7 Md€	5,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	0,7 Md€	5,2 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	0,1 Md€	1,7 %
Autres prises en charge	0,1 Md€	3,9 %



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Les mesures présentes dans le PLFSS 2023 pour la santé :

Le PLFSS 2023 prévoit en particulier pour la prise en charge des dépenses de santé :

Renforcer le virage préventif

L'un des axes forts de ce PLFSS est le déploiement de rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie, entièrement pris en charge par l'Assurance maladie.

Déployer la prévention

Ces nouvelles consultations s'affichent en complément des campagnes de dépistage et de vaccination existantes ainsi que des 20 examens de santé de l'enfant et de l'adolescent.

Ces consultations ont pour objectif de faire le point sur l'état de santé de chacun et de prévenir l'apparition de facteurs de risques pathologiques. Les contenus de ces rendez-vous seront adaptés en fonction des différentes tranches d'âge :

- chez les adultes de 20 à 25 ans, ces consultations auront pour objectif premier de prévenir l'apparition de cancers en luttant contre les addictions (tabac, alcool) et de réaliser un bilan sur les habitudes de vie (alimentation saine, activité physique) ;
- chez les adultes de 40 à 45 ans, ces consultations seront centrées sur la prévention de l'apparition de maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires) et la santé mentale ;
- chez les adultes de 60 à 65 ans, les consultations seront dédiées à la prévention de la perte d'autonomie et à l'apparition de fragilités pouvant être dépistées.



Améliorer la santé sexuelle

Dans la continuité des travaux débutés avec le lancement de la « Stratégie nationale de santé sexuelle », l'amélioration de la prévention en matière de santé sexuelle occupe une place importante au cœur du PLFSS 2023.

Élargir le dépistage sans ordonnance à d'autres infections sexuellement transmissibles, et pour les moins de 26 ans, leur prise en charge à 100%

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a marqué une première étape en permettant aux assurés d'obtenir la prise en charge intégrale du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) directement en laboratoire de biologie médicale, sans prescription médicale.

Permettre la gratuité de la contraception d'urgence

Aujourd'hui encore, une grossesse sur trois n'est pas prévue. Cette situation aboutit 6 fois sur 10 à une interruption volontaire de grossesse. Un accès facilité à la contribution d'urgence permettrait de réduire l'incidence des grossesses non prévues. L'accès gratuit et sans prescription médicale à la contraception d'urgence en pharmacie est aujourd'hui garanti pour les jeunes femmes mineures.

En revanche, pour les femmes de plus de 18 ans, le remboursement de la contraception d'urgence est conditionné à une prescription médicale, qui n'est pas toujours compatible avec les délais dans lesquels cette contraception doit être prise.

- C'est pourquoi, afin de faciliter l'accès à la contraception hormonale d'urgence, il est proposé d'élargir à toutes les femmes majeures la délivrance de la contraception d'urgence hormonale en pharmacie sans condition de prescription médicale avec une prise en charge intégrale par l'assurance maladie. Cette évolution permet de garantir l'accès effectif de toutes les femmes à la contraception d'urgence quels que soient leurs revenus.

Permettre aux pharmaciens, aux infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé

- Afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population, le PLFSS prévoit d'élargir le nombre de professionnels de santé habilités à prescrire et à administrer les vaccins aux personnes pour lesquelles ces vaccinations sont recommandées. Cette mesure permettra de simplifier le parcours vaccinal des



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

patients en augmentant le nombre de professionnels habilités à vacciner.

- Elle créera une nouvelle compétence de prescription vaccinale pour les pharmaciens et infirmiers, tout en élargissant la liste des vaccins que ces derniers sont autorisés à administrer. Elle élargira également le champ de compétence vaccinale des sages-femmes qui ne sera plus limité aux femmes, aux enfants et à l'entourage des femmes enceintes.

Lutter contre le tabagisme

Le tabagisme demeure l'un des principaux facteurs responsables de la perte d'années de vie en bonne santé. Plus de 70 000 décès lui sont ainsi attribuables chaque année en France (73 000 en 2019).

Compte tenu de l'ensemble de ses effets néfastes et des pathologies qu'elle provoque, la consommation de produits du tabac représente un coût direct compris entre 20 et 26 milliards d'euros par an pour l'assurance maladie, alors que le rendement de la fiscalité du tabac, malgré les hausses récentes, se situe lui entre 13 et 14 milliards d'euros par an.

Il est proposé de revoir la fiscalité appliquée aux produits du tabac.

La précédente trajectoire de renforcement de la fiscalité sur les produits du tabac entre 2018 et 2020, qui a conduit à un relèvement du prix du paquet de cigarettes au-delà de 10 euros, a permis une baisse sans précédent de la consommation de ces produits (-22 % de volume entre 2017 et 2021 et une prévalence du tabagisme en recul de trois points selon les données Santé publique France, soit près de 2 millions de Français qui ont arrêté de fumer depuis 2017).

Toutefois, dans un contexte de forte inflation (plus de 5 % cette année), le mécanisme actuel de plafonnement de l'indexation de la fiscalité a mécaniquement pour effet de faire décrocher les prix du tabac par rapport à l'évolution des prix des autres produits de consommation courante. En cohérence avec les objectifs de santé publique du Gouvernement, l'indexation de la fiscalité sur l'évolution des prix permettra désormais d'éviter toute baisse des prix réels des produits du tabac, qui pourrait conduire à une hausse de la consommation.

Améliorer l'accès à la santé pour tous

Le PLFSS prévoit d'améliorer l'accès aux professionnels de santé aux assurés.

Près de 4 millions de français vivent en effet aujourd'hui

dans un désert médical et 6 millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Parmi ces patients, 10 % seraient en affection de longue durée.

La difficulté d'accès à un rendez-vous médical apparaît dès lors comme une préoccupation majeure dans de nombreux territoires, en milieu rural, en zones périurbaines, mais aussi en zones urbaines pour l'accès à des médecins exerçant sans dépassement d'honoraires.

Ce PLFSS prévoit différentes mesures afin d'améliorer l'accès à la santé sur l'ensemble du territoire.

Capitaliser sur les mesures d'urgence prises cet été

La « boîte à outils » proposée cet été pour préserver l'accès aux soins non programmés et urgents des Français s'est fortement déployée sur le terrain, avec des initiatives territoriales adaptées aux besoins et contextes locaux (comme le concours des professionnels infirmiers via par exemple la « télémédecine » embarquée).

Retrouver du temps soignant dans les territoires

Création d'une 4^e année de consolidation au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Une 4^e année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale (internat) est demandée.

La réalisation de cette année supplémentaire de troisième cycle, réalisée exclusivement en ambulatoire sous la supervision de Maîtres de Stages Universitaires, permettra d'enrichir la formation des futurs médecins.





Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Rénover la vie conventionnelle

Au regard des enjeux d'accès à la santé et de rénovation de la politique publique de santé, les conventions entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie permettent de tenir compte des spécificités de leur mode d'exercice libéral et de garantir des remboursements correspondant aux tarifs des soins.

Une nouvelle convention médicale qui devrait être signée pour mars 2023 aura pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins de santé dans les territoires, et notamment de créer les conditions d'un renforcement du temps soignant dans les zones sous denses.



Simplifier et renforcer la coordination de la politique de l'installation

De nombreux contrats sont aujourd'hui proposés par l'Assurance Maladie et l'Etat pour inciter les médecins libéraux à s'installer ou à maintenir leur activité dans les zones les plus fragiles en matière d'offre de soins.

En parallèle, certaines collectivités territoriales proposent des aides afin de soutenir les primo installations et installations dans leurs territoires. Cette diversité des aides constitue un paysage peu lisible, ce qui peut limiter leur portée.

Les dispositifs d'aide à l'installation doivent s'harmoniser en renvoyant l'ensemble des dispositifs portés par l'Etat (en particulier le contrat de début d'exercice) au champ conventionnel, sauf pour les étudiants et les remplaçants.

Les partenaires conventionnels devront ainsi repenser les aides démographiques, dans un souci de simplification afin qu'elles répondent aux besoins des

médecins et représentent une véritable incitation à l'installation.

Parallèlement, les territoires seront incités à généraliser le déploiement dans les territoires de guichets uniques permettant d'apporter toutes les réponses concrètes aux questions que se posent les jeunes médecins avant de s'installer en libéral. L'ensemble de ces évolutions sera utilement portée par l'installation de comités territoriaux permettant à l'Etat et aux élus de renforcer ensemble leur action.

Remettre l'éthique au cœur du système de santé

Le recours à l'intérim des professions de santé s'est continuellement accru au cours des dernières années. Outre son impact financier majeur dans les budgets des établissements - pour l'hôpital public, ce coût annuel est passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1 424 M€ en 2018 -, le recours à l'intérim engendre une déstabilisation des services et des équipes, particulièrement forte dans des territoires marqués par la fragilité de la démographie en professionnels de santé.

Dans ces conditions, et pour ramener sérénité et cohésion au sein des collectifs de travail, le PLFSS renforce la régulation de l'intérim.

Le PLFSS vient ainsi renforcer les mesures d'encadrement de l'intérim médical déjà existantes, issues de la loi du 26 avril 2021, et visant à mettre en adéquation la rémunération des praticiens.

Favoriser l'accès à l'innovation en sécurisant le financement des médicaments de thérapie innovante

Certains médicaments, dits de thérapies innovantes (qui incluent les thérapies géniques), dont les prix sont très élevés, posent des questions d'accès et de soutenabilité du financement à long terme.

Ces prix très importants, de plusieurs millions d'euros par patient, reposent sur l'estimation d'un bénéfice durable (sur plusieurs années, voire sur la vie entière du patient), après une seule prise du médicament. En outre, ces traitements sont très consommateurs de ressources hospitalières, car ils exigent un recours à des équipes d'expertise poussée et disposant de plateaux techniques adaptés. Dès lors se pose la question de l'adaptation des mécanismes de régulation tarifaire et de financement de ces thérapies, pour les établissements y ayant recours, afin d'éviter une avance de frais de plusieurs millions d'euros par



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

patient, et pour l'assurance maladie, si le pari de l'effet bénéfique de long terme n'était au final pas tenu.

Ce PLFSS propose ainsi un modèle de financement novateur pour les médicaments de thérapies innovantes afin d'assurer une équité d'accès sur le territoire en levant la contrainte financière sur les établissements et en partageant le risque de financement entre l'entreprise et l'assurance maladie. Ce modèle repose toujours sur une négociation entre l'industriel et le comité responsable de la tarification des produits de santé, mais en y adjoignant deux paramètres importants : l'étalement des paiements, et le paiement en fonction des résultats de vie réelle.



Construire un nouveau service public de l'accueil du jeune enfant

L'enfance est l'une des priorités de ce quinquennat. Dans la continuité des réformes engagées dans le chantier des 1 000 premiers jours, il est essentiel de répondre à la première préoccupation des parents aujourd'hui : le manque de solutions de garde pour les enfants – et notamment les enfants de moins de 3 ans.

Pour réussir, le Gouvernement souhaite bâtir, avec les collectivités, un véritable service public de la petite enfance en mettant en place des solutions proches des domiciles et accessibles financièrement, prioritairement pour ceux qui en ont le plus besoin : les parents qui élèvent seuls leurs enfants, le plus souvent des femmes.

Le PLFSS pour 2023 marque une des premières étapes de la construction de ce nouveau service public de l'accueil du jeune enfant.

Renforcer les aides à destination des familles monoparentales

Les familles monoparentales sont confrontées à des difficultés spécifiques pour concilier vie privée et vie professionnelle. Elles présentent également des niveaux de vie très inférieurs à ceux des parents en couple. Pour améliorer la situation de ces familles fragiles, ce projet de loi porte plusieurs mesures fortes.

Revaloriser l'allocation de soutien familial

Pour lutter contre les disparités de niveau de vie entre familles monoparentales et ménages en couple, et diminuer leur exposition à la pauvreté, les aides financières à destination de ces familles seront renforcées. A partir du mois de novembre, l'allocation de soutien familial, destinée aux parents isolés, sera ainsi revalorisée de 50 %. Son montant passera de 123,54 euros par mois et par enfant à 185,33 euros par mois et par enfant. Cela représente un effort de financement supplémentaire de 850 M€ par an pour la branche famille.

Aider financièrement les familles monoparentales à faire garder leurs enfants âgés de 6 à 12 ans

Au-delà de six ans, les dispositifs publics d'aide à la garde d'enfants sont limités, alors même que les enjeux de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle restent importants, surtout pour les familles monoparentales qui ne peuvent pas obtenir le relai d'un autre parent.

Ce PLFSS prévoit d'étendre le complément de libre-choix du mode de garde (CMG) jusqu'aux 12 ans de l'enfant pour les familles monoparentales afin de faciliter leur accès à un mode de garde formel pour leurs enfants plus âgés. Cela constitue une avancée majeure pour les aider à concilier leurs différents temps de vie, favoriser leur accès ou leur maintien dans l'emploi mais aussi pour leur permettre de prendre des temps de répit.

Le partage de la prestation du complément de mode de garde (CMG) en cas de garde alternée de l'enfant

A l'heure actuelle, en cas de résidence alternée de l'enfant, seules les allocations familiales peuvent faire l'objet d'un partage entre les deux parents. Ainsi, dans cette situation, seul le parent allocataire peut bénéficier du versement du complément de mode de garde versé pour l'aider à financer les solutions d'accueil de son enfant, alors même que l'autre parent assume souvent une partie des coûts de la garde. Le PLFSS 2023 ouvre la possibilité à chacun des parents d'un enfant en résidence alternée de bénéficier du CMG « emploi direct » au titre de cet enfant.



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Diminuer les coûts pour accéder aux modes d'accueil du jeune enfant

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » : plus d'équité dans l'accès aux modes d'accueil du jeune enfant

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG), pris en charge par la branche famille, contribue au financement de la garde d'un enfant par un assistant maternel ou par une garde d'enfant à domicile, mais présente plusieurs limites. Il laisse aujourd'hui des restes à charge très élevés, dissuasifs pour les familles les plus modestes. Ses modalités de calcul induisent des effets de seuil et prennent mal en compte les besoins d'accueil importants. Enfin, ses modalités de calculs induisent pour tous les parents des restes à charge très différents de ceux assumés par les familles recourant à une crèche, qui sont eux totalement proportionnels au nombre d'heures d'accueil et à leurs ressources.

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » permettra à partir de 2025 de rendre l'accueil par un assistant maternel aussi accessible que la crèche et d'harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d'accueil.

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Une forte progression du financement des politiques de soutien à l'autonomie en 2023

Depuis sa création en 2020, la branche autonomie a vu ses missions se préciser, et de nouvelles priorités lui ont été confiées par les projets de loi de financement successifs.

Ses objectifs sont d'assurer une plus grande égalité de traitement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap partout sur le territoire, de renforcer la qualité et de l'offre d'accompagnement.

En termes financiers, l'année 2022 a été marquée par :

- **un effort important en faveur de l'attractivité des métiers de l'autonomie**, notamment l'effet de l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade »), ainsi que les revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social qui ont représenté un effort de 3,2 Md€ pour la branche autonomie.
- **l'instauration d'un tarif plancher (22 € par heure) et d'une dotation qualité (en moyenne l'équivalent**

de 3 € par heure) pour les services à domicile au profit des personnes en perte d'autonomie contribue également à la hausse des dépenses. Cette mise à niveau tarifaire intégralement compensé aux départements par la branche autonomie, représente un effort de financement à terme de 680 M€ (article 44 de la LFSS pour 2022).

En 2023, l'objectif global de dépenses (OGD) augmenterait respectivement de 5,1 % et 5,2 % pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, pour atteindre 30 Md€.

A partir de 2024, la branche bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point de la part de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Cette trajectoire traduit la poursuite de l'engagement du Gouvernement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'augmentation des ressources est à nouveau supérieure à celle de l'ONDAM dans son ensemble (+ 3,7 % une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire). Ce sont ainsi près de 1,5 Md€ de financements supplémentaires qui seront consacrés au secteur médico-social en 2023.

Construire la société du bien vieillir chez soi

La France est confrontée au grand défi du vieillissement de sa population.

Aujourd'hui, une personne sur cinq est âgée de plus de 65 ans. En 2035, ce sera le cas d'un quart de la population.

Pour répondre à l'attente très forte des Français de vieillir chez eux le plus longtemps possible, une politique de développement et de transformation des services à domicile est engagée avec un meilleur financement et une meilleure coordination avec le soin.

Mieux valoriser le financement des services proposant des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap

Pour accélérer la prise en charge à domicile attendue des Français, les modes de financement doivent inciter les services de soins à domicile à accompagner des personnes avec un niveau de perte d'autonomie et un besoin de soins plus importants.

La réforme de la tarification des soins à domicile est ainsi un élément essentiel du maintien à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie.



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Pour permettre aux personnes qui le souhaitent de continuer de vivre et de vieillir chez elles, les services proposant des soins infirmiers doivent répondre à leurs besoins, qui iront croissants dans les années à venir. C'est pourquoi le modèle tarifaire précédent, dans lequel la structure aidante percevait le même financement quelles que soient les caractéristiques des prises en charge réalisées auprès des personnes, a été adapté par la LFSS pour 2022 (article 44). La réforme a permis de créer une dotation globale partiellement modulée en fonction des caractéristiques des personnes accompagnées. 240 M€ seront consacrés au financement de cette réforme d'ici 2030.

Lutter contre l'isolement en ajoutant deux heures de lien social par semaine dans les plans d'aide à la perte d'autonomie

Afin de renforcer le temps dédié à l'accompagnement et au lien social, le PLFSS 2023 prévoit le financement jusqu'à deux heures supplémentaires de vie sociale au bénéfice des personnes âgées.

Ce temps supplémentaire, spécifiquement consacré à l'accompagnement et au lien social, vise à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées accompagnées. Les personnes éligibles à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) se verront ainsi proposer jusqu'à deux heures de soutien qui seront dédiées à l'accompagnement et au lien social.

L'objectif est de prévenir la perte d'autonomie et de repérer les fragilités. Les actions réalisées lors de ces heures de présence supplémentaires permettront de renouer du lien social avec les aînés. Ces heures de présence seront ainsi l'occasion de sanctuariser du temps pour des actions de repérage des fragilités, des stimulations de la mémoire et, plus généralement de prévention de la perte d'autonomie.

L'objectif est également de pouvoir garantir un temps de travail suffisant pour que les aides à domicile puissent exercer leur rôle de soutien en dehors des heures où des gestes professionnels sont requis (lever, coucher, repas etc.).

L'entrée en vigueur de la réforme est prévue au 1^{er} janvier 2024, pour laisser une phase de concertation suffisante avec les départements et les représentants du secteur en vue de définir les modalités d'attribution de ces heures d'accompagnement et de lien social et préparer le décret d'application de cette mesure.



A compter de 2024, la montée en puissance de l'adaptation des logements au grand âge se traduira par le déploiement du dispositif « MaPrimAdapt' » par l'ANAH qui permettra notamment de simplifier et d'unifier les aides et dépenses fiscales existantes.

Faire des EHPAD des lieux de vie plus sûrs et plus médicalisés

Dans la suite du plan d'investissement du Ségur, les EHPAD devront être modernisés et davantage médicalisés pour mieux accompagner les résidents.

Renforcer la présence de soignants auprès des résidents

Face aux limites du modèle actuel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui manquent souvent de personnels soignants et sont trop faiblement médicalisés, le PLFSS pour 2022 avait prévu possibilité pour les EHPAD d'acquiescer le statut de « centre de ressource territorial » en fournissant un appui aux professionnels du territoire, ainsi qu'en proposant une offre « hors les murs » pour les personnes âgées nécessitant un soutien plus intensif. Le renforcement de la présence des soignants, avec un accroissement des personnels en établissement, une augmentation du temps du médecin coordonnateur, et le financement d'astreinte d'infirmière de nuit a également été engagé.

Le PLFSS pour 2023 prévoit, conformément aux engagements présidentiels, de renforcer la présence de soignants auprès des résidents, en recrutant 50 000 professionnels soignants (infirmiers et aides-soignants).



Focus sur le PLFSS 2023

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

Lutter contre les dérives de certains acteurs

Un vaste plan de contrôle des 7 500 EHPAD de France a été lancé, accompagné d'un renforcement pérenne et significatif des moyens humains des agences régionales de santé dédiés aux contrôles pour garantir la sécurité des résidents et la qualité de leur accompagnement.

Dès le printemps 2022, des mesures réglementaires ont également été prises pour créer un « choc de transparence » des établissements envers les résidents et les familles avec des obligations de publication annuelle d'indicateurs clefs sur le fonctionnement des EHPAD en direction du grand public. Ces mesures visent aussi une meilleure régulation des pratiques tarifaires des groupes privés commerciaux d'EHPAD, avec la mise en place d'outils juridiques et comptables qui permettront de veiller à la transparence et au bon usage des fonds publics.

Le PLFSS 2023 complète les exigences de transparence et de régulation financière des établissements et services médico-sociaux, avec un ensemble de mesures co-construites avec toutes les parties prenantes. Elles visent à organiser les modalités de la récupération des financements publics détournés de leurs fins et à garantir la mise en oeuvre effective de sanctions financières à l'encontre de pratiques illégales des organismes gestionnaires. Dans le même esprit, elles visent à élargir les compétences en matière de contrôle des autorités administratives permettant ces sanctions. Afin de faciliter les procédures de récupération, la CNSA pourra assurer elle-même un recouvrement au niveau national, au profit des ARS, mais aussi des conseils départementaux et des métropoles (pour les financements pour lesquels la CNSA apporte son concours, notamment APA en établissement et fonds de service d'aide et d'accompagnement à domicile).



Bâtir une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap

L'engagement vers une société inclusive portée depuis 2017 se poursuit et s'amplifie, avec l'ambition de transformer les services d'accompagnement et des établissements médico-sociaux pour offrir un soutien adapté à chaque personne en situation de handicap.

Les moyens mis en oeuvre dans le cadre du PLFSS pour 2023 se déclinent selon les grands objectifs suivants :

- poursuivre l'investissement en faveur de la scolarisation des enfants et adolescents en situation de handicap et le développement de l'école inclusive ;
- rattraper le retard et proposer des solutions nouvelles en direction de publics prioritaires : o les personnes en situation de handicap vieillissantes, nécessitant un accompagnement spécifique ;
- poursuivre des mesures spécifiques concernant l'autisme et les troubles du neuro développement.

L'année 2023 et la conférence nationale du handicap permettront à l'ensemble des acteurs de définir les grands axes et chantiers de transformation tant sur l'offre médico-sociale, la scolarisation, l'accès aux droits et à l'emploi.

Contactez votre mutuelle

Vous souhaitez **communiquer** avec votre mutuelle ?

Par téléphone

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 46 46 Service gratuit
+ prix appel

(adhérents CSM et CSM Evin)

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

(adhérents Energie mutuelle)

Par internet

24h/24 et 7j/7 via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

ou via l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google Play ou App Store, en flashant le QR code :



Vous souhaitez **adhérer** à l'une de nos garanties ?



Par téléphone

Nos conseillers vous répondent
du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 15 75 Service gratuit
+ prix appel



Par internet

via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

rubrique « Nous contacter »



Par courrier

adressez votre adhésion à
Energie mutuelle
66 rue du Maine
75014 PARIS