

ÉQUILIBRE AM & CONFORT AM

POUR LES CONJOINTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET RETRAITÉS DES IEG

PRESTATIONS 2024

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

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

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

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

	Régime Général ⁽⁵⁾	ÉQUILIBRE AM ⁽⁶⁾	CONFORT AM ⁽⁶⁾
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)			
Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier. * Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. ** La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie et à 120 jours en médecine/chirurgie.			
Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	100 %	200 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €	24 €
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Honoraires			
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	100 %	125 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	80 %	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière**			
Hospitalisation complète yc maternité, par nuitée	-	80 €	90 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	30 €	30 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	25 € / jour	25 € / jour
Frais de transport	55 %	45 %	45 %

VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution**
- Bénéficiez de la **dispense d'avance de frais en cas d'hospitalisation avec Viamedis** (à l'aide de votre carte de tiers payant)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile en cas d'hospitalisation** avec Energie Mutuelle Services

Régime
Général⁽⁵⁾ÉQUILIBRE AM⁽⁶⁾CONFORT AM⁽⁶⁾

SOINS COURANTS
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)**Généraliste**

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %

Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %

Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %

Auxiliaires médicaux

	60 %	60 %	120 %
--	------	------	-------

Télésurveillance médicale prescrite

	60 %	40 %	40 %
--	------	------	------

Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale

Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur amel.fr	60 %	40 %	40 %
---	------	------	------

Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	80 %	120 %
--	------	------	-------

Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire

	-	20 €	30 €
--	---	------	------

Frais de transport

	55 %	45 %	45 %
--	------	------	------

Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	35 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	70 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	85 %

Pansements

	60 %	135 %	200 %
--	------	-------	-------

Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire

	-	60 €	70 €
--	---	------	------

Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre global de séances par année civile et par bénéficiaire (max. 6 séances)

	-	30 € par séance	30 € par séance
--	---	-----------------	-----------------

Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité

	NON	NON	OUI
--	-----	-----	-----

Régime
Général⁽⁵⁾ÉQUILIBRE AM⁽⁶⁾CONFORT AM⁽⁶⁾

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la garantie souscrite (monture et verres) sont différenciés entre adulte (à partir de 18 ans) et enfant (moins de 18 ans).

La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).⁽⁴⁾

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par le Régime Général et la garantie souscrite, y compris pour la prestation d'appairage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.

** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par le Régime Général et la garantie souscrite pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
Équipement autre que 100% Santé (Classe B)			
DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré			
Par verre ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	130 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	65 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

Pour bénéficier des avantages accordés par le réseau Kalixia demandez le tiers payant auprès de votre opticien partenaire. Les prestations dans le réseau Kalixia et hors réseau ne sont pas cumulables.

- Bénéficiez de 20 % de réduction minimum sur le prix des montures (hormis certaines griffées)
- Géolocalisez les professionnels du **réseau Kalixia** depuis votre espace adhérent Energie mutuelle
- Accédez à une **cabine virtuelle d'essayage** de montures en réalité augmentée
- Profitez d'une **garantie casse de 2 ans** pour votre monture et/ou vos verres

HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	130 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	65 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B**	60 %	60 %	60 %

Lentilles

DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	225 €	320 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	-	220 €	315 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

- Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles

HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	225 €	320 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	-	220 €	315 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	315 €	410 €

Régime
Général⁽⁵⁾ÉQUILIBRE AM⁽⁴⁾CONFORT AM⁽⁴⁾

DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par le Régime Général et en complément par la garantie souscrite dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.

** La prise en charge de l'implant est effective après un délai de carence de 3 mois à la date d'effet de votre adhésion à la garantie. Pendant le délai de carence, l'implant n'est pas remboursé par la garantie souscrite.

Prothèses 100% Santé⁽²⁾	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	---------------------	---------------------

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**Soins et Prothèses autres que 100% Santé**

Soins dentaires	60 %	100 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes / stomatologues)	60 % / 70 %	100 % / 90 %	150 % / 140 %
Radiologie dentaire	60 %	100 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	60 %	200 %	220 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	60 %	200 %	220 %

Implantologie

Couronne définitive sur implant	60 %	200 %	220 %
---------------------------------	------	-------	-------

Orthodontie

	100 %	235 %	300 %
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà).	-	1 000 €	1 250 €

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 1 000 € par année civile	-	30 % des Frais réels	30 % des Frais réels
Orthodontie	-	300 %	400 %
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire, (maximum 3)**	-	200 €	400 €
Parodontologie : forfait maximum par bénéficiaire et par année civile	-	200 €	400 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	15 % des Frais réels	30 % des Frais réels

	Régime Général ⁽⁵⁾	ÉQUILIBRE AM ⁽⁶⁾	CONFORT AM ⁽⁶⁾
MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE			
Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	70 %	135 %
Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale	100 %	2 300 €	2 300 €
Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500 € / an	500 € / an

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge intégrale du panier 100% santé en audiologie est assurée par le Régime Général et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires à compter du 1^{er} janvier 2021.

Équipement auditif autre que 100% Santé⁽²⁾ (classe II⁽³⁾)			
Aide auditive unilatérale	60 %	380 €	400 €
Aide auditive bilatérale	60 %	520 €	720 €
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale – forfait par année civile et par bénéficiaire	60 %	60 €	60 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

- Géolocalisez les professionnels du **réseau Kalixia** depuis votre espace adhérent Energie mutuelle
- Demandez la **dispense d'avance de frais** dans le réseau Kalixia
- Profitez de **services spécifiques** et de **tarifs négociés** pour vous et vos ascendants directs
- Bénéficiez d'un **meilleur remboursement** dans le réseau d'Audioprothésistes Kalixia

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

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

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

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

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

	Régime Général ⁽⁵⁾	ÉQUILIBRE AM ⁽⁴⁾	CONFORT AM ⁽⁴⁾
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	400 €	400 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	50 €	50 €
Ostéodensitométrie non remboursée	-	80 €	80 €
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Pack Prévention annuel comprenant :			
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;			
- podologue et bilan podologique ;			
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;			
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;			
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;			
- test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ;			
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	-	110 €	220 €

+ DE SERVICES			
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les dispositions d'attribution	-	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	-	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	-	OUI	OUI
Visible Patient Solution	-	OUI	OUI

Abréviations :

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

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

Pour les contrats solidaires et responsables, ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi n° 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Assurance Maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

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

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

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

(4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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

(6) Hors remboursements du Régime Général.