

Je souhaite renforcer mes garanties **je choisis Sodeli et Cort**

[Offre](#)

[Cotisations](#)

[Garanties](#)

[Remboursements](#)

[Services](#)

[Règlementaire](#)

[Contacts](#)

Garantie dédiée aux adhérents à la CSM

Sodeli et Cort

Votre santé en toute tranquillité

Vous souhaitez renforcer vos garanties et diminuer votre reste à charge ? Pensez à Sodeli ou Cort !

Ces deux options offrent des remboursements complémentaires sur vos dépenses de santé, pour mieux couvrir vos dépassements d'honoraires, vos frais dentaires, d'optique, d'hospitalisation et bénéficier de nombreux avantages :

- Des remboursements complémentaires à

la CSM sur les principaux postes de santé

- Une garantie dépendance*
- Une assistance (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante en cas d'hospitalisation, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, ...)
- Des services de télémedecine (téléconsultation médicale, deuxième avis médical, imagerie 3D)

"Je recherche une couverture : "

	Equilibrée et des cotisations maîtrisées Je choisis CSM	Complète et confortable Je choisis CSM + (e)Sodeli	Optimale pour répondre à des besoins en santé importants Je choisis CSM + (e)Cort
Soins courants	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Pharmacie	● ● ● ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Optique	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Dentaire	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Hospitalisation	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Matériel médical	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Services	● ● ○ ○	● ● ● ●	● ● ● ●

* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 29 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

Votre cotisation

CSM

Votre cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale brute (13^e mois compris) dans la limite du Plafond de la Sécurité sociale.

Elle est également fixée en fonction de votre situation familiale déclarée à Energie mutuelle :

- Taux « isolé » si vous êtes inscrit seul à la CSM
- Taux « famille » si vous avez un ou plusieurs ayant(s) droit Camieg

La cotisation est directement prélevée sur votre paie.



Isolé



Famille

Taux PMSS*

Cotisation patronale

0,548 %

0,968 %

Cotisation salariale

0,295 %

0,521 %

Cotisation totale

0,843 %

1,489 %

Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 %

* PMSS 2024 : 3 864 €

1

Vous avez **2 enfants** et votre rémunération principale brute est de **1 800 €**.

Votre cotisation mensuelle sera de **0,521 %** de **1 800 €** = **9,38 €**.

2

Vous avez **2 enfants** et votre rémunération principale brute est de **3 900 €**.

Votre cotisation mensuelle sera de **0,521 %** de **3 900 €** = **20,14 €**.

Sur la base du PMSS 2024, la cotisation salariale mensuelle est au maximum de 11,40 € pour un salarié « isolé » et de 20,14 € pour un salarié au taux « famille ».

Renforts (e)Sodeli et (e)Cort

COTISATIONS 2024 TTC EN € / mois*



Isolé



Famille

Sodeli**

13,65 €

24,17 €

Cort**

32,00 €

59,53 €

Cotisation incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73 € pour Sodeli, 3,24 € pour Cort

eSodeli**

10,92 €

21,44 €

eCort**

28,76 €

56,29 €

Cotisation sans la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 %

** Incluant les prestations nrCort, dépassements d'honoraires Non OPTAM, montures et audiologie : 3,02 € l'isolé et 5,94 € la famille.

Pour les prestations NR CORT mentionnées dans le tableau des garanties (dépassements d'honoraires des médecins Non-Optam et forfait monture au-delà de la limite des contrats responsables) intègrent la Taxe de Solidarité Additionnelle au taux spécifique de 20,27 %. NR : Non Responsable.

CSM (e)Sodeli et (e)Cort 2024

Pour les adhérents CSM

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM, (e)Sodeli et (e)Cort qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2024.

Grille de prestations conforme au dispositif 100% santé et aux engagements pour la lisibilité des garanties signés par l'UNOCAM 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.

	Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
	Régime de base	Régime complémentaire			
+ SOINS COURANTS					
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %	120 %	160 %
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	40 %	80 %	140 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %	80 %	280 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non-signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre global de séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	34 € par séance (maximum 12 séances)	34 € par séance (maximum 12 séances) + 25 € par séance (maximum 6 séances)*	34 € par séance (maximum 12 séances) + 35 € par séance (maximum 6 séances)*
Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	25 € par séance (maximum 2 séances)	35 € par séance (maximum 4 séances)
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS (27,05 €) par année civile	0,7 % du PMSS (27,05 €) + 35 € par année civile	0,7 % du PMSS (27,05 €) + 50 € par année civile
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	25 €	50 €
Pansements	60 %	60 %	40 %	190 %	240 %

Le taux de remboursement est majoré de 50 % (sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

* y compris méthodes Mézières.

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale accessible 24/7**
- Accédez à notre **réseau Kalixia ostéopathes** (honoraires négociés, charte qualité...)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile**

Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
Régime de base	Régime complémentaire			

OPTIQUE

(1) La prise en charge de la CSM 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 CSM (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).

(2) Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77 € (y compris le régime de base à 0,06 € soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la CSM au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg.

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage 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.

** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

*** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

**** Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge.

Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :

Description	Régime de base	Régime complémentaire	CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	35 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 34,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €)	140 € sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €) et de CSM (65 €)

Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :

Description	Régime de base	Régime complémentaire	CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	77 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € pour le régime complémentaire) ⁽²⁾	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77 €)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)	140 € sous déduction du remboursement de la Camieg (77 €) et de CSM (23 €)

Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :

Description	Régime de base	Régime complémentaire	CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50 € Complexe : 124 € Très complexe : 185 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 10 € pour les verres simples, + 15 € pour les verres complexes, 20 € pour les verres très complexes	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 15 € pour les verres simples, + 20 € pour les verres complexes, 25 € pour les verres très complexes
Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾			Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 10 € pour les verres simples, + 15 € pour les verres complexes, 20 € pour les verres très complexes	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 15 € pour les verres simples, + 20 € pour les verres complexes, 25 € pour les verres très complexes
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA

	Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
	Régime de base	Régime complémentaire			
OPTIQUE (suite)					
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :					
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) : Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) **: Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 10 € pour les verres simples, + 15 € pour les verres complexes, 20 € pour les verres très complexes	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) + 15 € pour les verres simples, + 20 € pour les verres complexes, 25 € pour les verres très complexes
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B ***	60 %	60 %	-	-	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (57,96 €) par année civile	1,5 % du PMSS (57,96 €) par année civile + 30 €	1,5 % du PMSS (57,96 €) par année civile + 60 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un 2 ^{ème} équipement par année civile)	60 €	645 % de la BR	-	120 €	240 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (284 €) par année civile ****	7,35 % du PMSS (284 €) par année civile + 30 € ****	7,35 % du PMSS (284 €) par année civile + 60 € ****
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS (1 236,48 €) par année civile et par œil	32 % du PMSS (1 236,48 €) par année civile et par œil + 200 €	32 % du PMSS (1 236,48 €) par année civile et par œil + 350 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

Les avantages accordés par le réseau Kalixia sont subordonnés à ce que l'assuré ne refuse pas le tiers payant proposé systématiquement par l'opticien du réseau. 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
- Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles

GRILLE OPTIQUE

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garantie ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille Optique des verres :

Grille optique CSM pour Adulte (à partir de 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,25-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique CSM pour Enfant (- 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,25-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre simple Verre complexe Verre très complexe

(a) Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

La prise en charge des verres s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif aux plafonds des contrats responsables (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65)

	Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
	Régime de base	Régime complémentaire			
DENTAIRE					
SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE					
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes)	60 %	60 %	100 %	100 %	150 %
Stomatologues	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)	60 %	60 %	100 %	100 %	150 %
Soins (Inlay-Onlay)	60 %	60 %	100 %	150 %	250 %
Radiologie dentaire	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %
PROTHESES DENTAIRES					
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis règlementairement) ⁽¹⁾	60 %	435 %	Sans reste à charge ⁽¹⁾	Sans reste à charge ⁽¹⁾	Sans reste à charge ⁽¹⁾
- Panier reste à charge maîtrisé	60 %	435 %	150 %	225 %	300 %
- Panier tarifs libres :	60 %	435 %	150 %	225 %	300 %
- prothèses					
- couronne sur Implant	60 %	435 %	10,5 % du PMSS (405,72 €) par couronne sur implant (max. 5 par an)	10,5 % du PMSS (405,72 €) par couronne sur implant (maximum 5 par an) + 100 € (max. 3 par an)	10,5 % du PMSS (405,72 €) par couronne sur implant (maximum 5 par an) + 200 € (max. 3 par an)
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :					
- 1 à 2 dents	-	-	2 % du PMSS (77,28 €)	2 % du PMSS (77,28 €) + 7 €	2 % du PMSS (77,28 €) + 35 €
- 3 dents	-	-	4 % du PMSS (154,56 €)	4 % du PMSS (154,56 €) + 15 €	4 % du PMSS (154,56 €) + 65 €
- par dent supplémentaire	-	-	1 % du PMSS (38,64 €)	1 % du PMSS (38,64 €)	1 % du PMSS (38,64 €) + 15 €
ORTHODONTIE					
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	260 %	200 %	280 %	360 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300 %	360 %	460 %
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :					
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	150 %	150 % + 5 % des frais limités à 1 000 €	150 % + 10 % des frais limités à 1 000 €
Implants - maximum 5 implants pour CSM et 3 implants pour Sodeli et Cort, par année civile et par bénéficiaire ^{(3),(4)}	-	-	20 % du PMSS (772,80 €) par implant	20 % du PMSS (772,80 €) + 200 € par implant	20 % du PMSS (772,80 €) + 400 € par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	-	-	8,4 % du PMSS (324,58 €) par année civile	8,4 % du PMSS (324,58 €) + 250 € par année civile	8,4 % du PMSS (324,58 €) + 500 € par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-	30 % des frais réels par année civile	40 % des frais réels par année civile	60 % des frais réels par année civile

(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la CSM 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.

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».

(4) **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 pour les garanties Sodeli et Cort uniquement. Pendant le délai de carence, l'implant n'est pas remboursé par la garantie souscrite.

MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE					
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %	100 %	150 %	200 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 477,60 €)	90 % du PMSS (3 477,60 €)	90 % du PMSS (3 477,60 €)
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

	Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
	Régime de base	Régime complémentaire			



AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables depuis le 1^{er} janvier 2021 fixée à 1700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)

Remboursement du 1 ^{er} janvier 2024 :					
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) ** : Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-	200 €
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-	400 €
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ***	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (54,10 €) par année civile	1,4 % du PMSS (54,10 €) + 25 € par année civile	1,4 % du PMSS (54,10 €) + 50 € par année civile

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.

** La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsable de 1700 € par oreille.

*** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.

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 et d'une baisse de votre reste à charge dans le réseau d'Audioprothésistes Kalixia



HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	80 % / 100 %	20 % / 0 % Honoraires : 220 % / 200 %	100 %	100 %	200 %
Forfait patient urgences*	-	sans reste à payer	-	-	-
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	-	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L. 174-4 du CSS	-	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1 % du PMSS (38,64 €)	1 % du PMSS (38,64 €) + 15 €	1 % du PMSS (38,64 €) + 20 €
Frais d'accompagnant en hospitalisation (adulte de plus de 70 ans)	-	-	-	20 € / jour	25 € / jour
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)**	-	-	2,1 % du PMSS (81,14 €)	2,1 % du PMSS (81,14 €) + 20 €	2,1 % du PMSS (81,14 €) + 30 €
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-	1,12 % du PMSS (43,28 €)	1,12 % du PMSS (43,28 €)	1,12 % du PMSS (43,28 €)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1 % du PMSS (81,14 €)	2,1 % du PMSS (81,14 €) + 20 €	2,1 % du PMSS (81,14 €) + 30 €

* Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.

- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.

- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, 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 l'enfant est hospitalisé ;

- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

** La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie et à 120 jours en médecine/chirurgie pour les garanties Sodeli et Cort uniquement.

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** pour l'analyse en 3D des organes à opérer
- 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

	Camieg		CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
	Régime de base	Régime complémentaire			
AUTRES PRESTATIONS					
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %	8 % du PMSS (309,12 €)	8 % du PMSS (309,12 €) + 175 €	8 % du PMSS (309,12 €) + 200 €
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS (67,62 €)	1,75 % du PMSS (67,62 €) + 20 €	1,75 % du PMSS (67,62 €) + 75 €
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	1,75 % du PMSS (67,62 €)	1,75 % du PMSS (67,62 €) + 35 €	1,75 % du PMSS (67,62 €) + 100 €
Ostéodensitométrie	70 %	50 %	2,8 % du PMSS (108,19 €)	2,8 % du PMSS (108,19 €)	2,8 % du PMSS (108,19 €)
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire	-	-	-	20 €	75 €
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	sans reste à payer
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse - psychothérapeute non psychologue* - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer - test Hémo occult, tensiomètres prescrits par un médecin	-	-	3,85 % du PMSS (148,76 €) par année civile	3,85 % du PMSS (148,76 €) par année civile + 100 €	3,85 % du PMSS (148,76 €) par année civile + 200 €
Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant ayant droit limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption par un parent (sur présentation de justificatifs)	-	-	-	100 €	150 €
Séance d'activité physique prescrite par le médecin traitant aux bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	-	60 €	90 €

* Non accessible avec la garantie CSM (accessibles avec les options (e)Sodeli et (e)Cort)

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

* Non accessibles avec eSodeli et eCort, accessibles avec Sodeli et Cort.

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

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

Les remboursements de la surcomplémentaire, Sodeli ou Cort, complètent les remboursements du régime Camieg et de la complémentaire CSM dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale sauf pour les prestations portant la mention nrCORT.

Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement)

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale pour 2024 est de 3864 €).

CSM = Code de la Sécurité sociale

Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire ainsi que la Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social de la CSM.

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

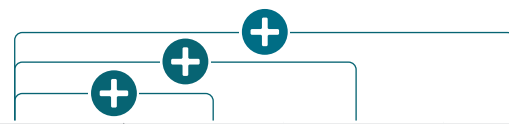
*Les données concernant le Régime Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.

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 Sécurité sociale), 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.

Exemples de remboursements



	Dépense	Remboursement Camieg	Remboursement Energie mutuelle		
			CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
SOINS COURANTS					
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	25,60 €	9,20 €	18,40 €	22,40 €
Votre reste à charge**		24,40 €	15,20 €	6 €	2 €
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	95 €	25,60 €	18,40 €	18,40 €	64,40 €
Votre reste à charge**		69,40 €	51 €	51 €	5 €
Consultation d'Ostéopathe	65 €	-	34 €	59 €	65 €
Votre reste à charge		65 €	31 €	6 €	-
OPTIQUE					
Dans le réseau kalixia Optique adulte Verres simples (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 200 € la monture négociée à 150 €)	135 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 105 € pour la monture
Votre reste à charge		265 €	50 €	50 €	10 €
Dans le réseau kalixia Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 200 € la monture négociée à 150 €)	283 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 105 € pour la monture
Votre reste à charge		447 €	50 €	50 €	10 €
Hors réseau kalixia Optique adulte Verres simple (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 150 € la monture)	135 €	175 €	195 €	245 €
Votre reste à charge		265 €	90 €	70 €	20 €
Hors réseau kalixia Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 150 € la monture)	283 €	377 €	397 €	437 €
Votre reste à charge		447 €	70 €	50 €	10 €
DENTAIRE					
Prothèse dentaire tarifs libres, couronne céramo-céramique (BR* 107,5 €)	800 €	532,13 €	161,25 €	241,88 €	267,87 €
Votre reste à charge		267,87 €	106,62 €	25,99 €	-
Implant dentaire	1 150 €	-	772,80 €	972,80 €	1 150 €
Votre reste à charge		1 150 €	377,20 €	177,20 €	-
Orthodontie Adulte Non remboursée par la Sécurité sociale (deux semestres avec une BR* 193,5 € chacun)	2 400 €	-	1 161 €	1 393,2 €	1 780,2 €
Votre reste à charge		2 400 €	1 239 €	1 006,8 €	619,8 €
HOSPITALISATION					
Chambre particulière (par nuitée)	110 €	-	81,14 €	101,14 €	110 €
Votre reste à charge		110 €	28,86 €	8,86 €	-
Opération Chirurgie Non OPTAM (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMCO03 BR* 388,62 €)	1 600 €	1 165,86 €	-	-	388,62 €
Votre reste à charge		434,14 €	434,14 €	434,14 €	45,52 €

* Base de remboursement de la Sécurité sociale. ** qui comprend 1 € de participation forfaitaire de la Sécurité sociale

Les services d'Énergie mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

7j/7 et de 8h à 20h



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



Énergie Mutuelle Services*

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



Rente Dépendance*

rente viagère mensuelle :
100 € / mois pour Sodeli
150 € / mois pour Cort



Aménagement du domicile

des prix négociés
avec Indépendance Royale,
spécialiste de l'aménagement à domicile pour les séniors

*selon votre garantie ou renfort

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 Énergie 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. »

Assistance

Energie Mutuelle Services



Besoin d'une assistance ? Bénéficiez d'aides adaptées aux aléas de la vie.

Le service Energie Mutuelle Services est accessible sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

Une équipe médicale est à votre écoute afin de répondre à vos questions générales en matière de santé.



INFORMATION

pour effectuer des démarches quotidiennes (habitat, succession, famille, allocations...)



PRISE EN CHARGE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

(garde, transport à l'école, rapatriement d'un proche) pour un parent hospitalisé



AIDE À DOMICILE

après une hospitalisation, maladie ou accident (adhérent, conjoint, enfants)



GARDIENNAGE D'ANIMAUX SUITE À UNE HOSPITALISATION, MALADIE OU ACCIDENT



PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE AU DOMICILE PENDANT UNE HOSPITALISATION

AIDE LORS D'UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE SUITE À UNE MALADIE OU ACCIDENT

(adhérent, conjoint, enfants)



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « **Energie Mutuelle Services** » pour plus d'informations

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Téléconsultation Médicale

Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale



Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ?

Bénéficiez de notre service de téléconsultation Médicale 7j/7 et de 8h à 20h

Le service de Téléconsultation Médicale vous permet de réaliser une consultation à distance, avec un médecin, et de vous apporter des réponses adaptées.



0 969 32 37 37

numéro dédié,
sans surcoût
(appel non surtaxé)



**APPEL TRAITÉ
DIRECTEMENT**

par une équipe médicale
basée en France



**SERVICE SÉCURISÉ
ET DISPONIBLE**

7J/7 ET DE 8H À 20H
en France et partout dans
le monde



**EN LIEN DIRECT
AVEC VOTRE
MÉDECIN TRAITANT**

si vous êtes d'accord



**SI LE MÉDECIN LE
JUGE NÉCESSAIRE**

et avec votre accord, une
ordonnance peut être
transmise au pharmacien
de votre choix partout
en Europe

**QUAND FAIRE APPEL
À CE SERVICE ?**

- ☑ Impossibilité de joindre votre médecin traitant
- ☑ N'importe où en France et à l'étranger
- ☑ Depuis votre domicile, votre lieu de travail ou en vacances



Important : la téléconsultation médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée
« Energie mutuelle Téléconsultation Médicale »
pour plus d'informations

Deuxième Avis

Pour éclairer vos décisions de santé



Des médecins experts pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou de situations médicales complexes

Nous pouvons tous, dans notre vie, être confronté à un problème de santé sérieux (une maladie grave, rare ou invalidante) et devoir faire face à de nombreuses difficultés :

- difficultés à s'assurer de la fiabilité de l'information pour pouvoir faire les bons choix ;
- difficultés à identifier un médecin expert de sa pathologie ;
- difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin expert dans des délais acceptables.



Du très haut niveau d'expertise médicale avec plus de **250 MÉDECINS** référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux



OBTENEZ SOUS 7 JOURS

un avis en ligne où que vous soyez



COMPTE-RENDU SIGNÉ

par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, avec votre accord

PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DES FRAIS D'HONORAIRES

SÉCURITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ



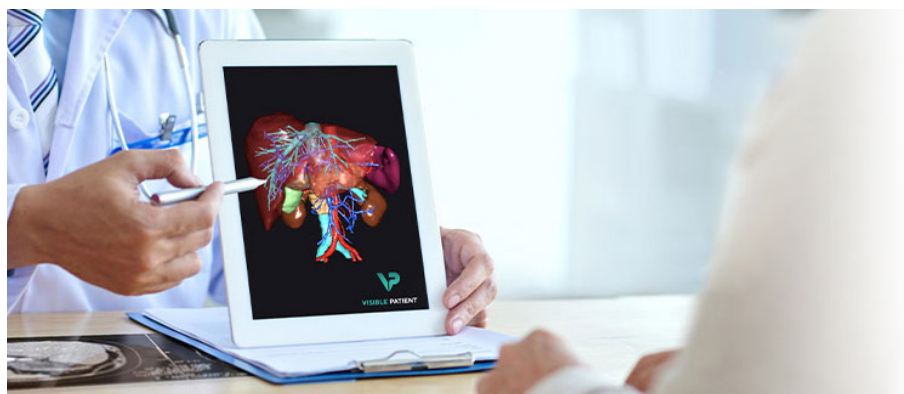
Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « **Energie mutuelle Deuxième Avis Médical** » pour plus d'informations

Visible Patient

La modélisation 3D de vos organes



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

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Réseaux de soins Kalixia

Des soins et des prestations de qualité au meilleur prix



Accédez aux réseaux de soins Kalixia pour des soins et des prestations de qualité et moins de reste à charge !



DES PRIX NÉGOCIÉS

La prise en charge intégrale des verres et des traitements dans le réseau

- -20% sur les montures
- -30% sur les lentilles

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures
- Plus de 7 100 centres optiques



DES PRIX ACCESSIBLES

- Jusqu'à - 500€ pour un double appareillage,
- Une offre « Prim'Audio » avec un prix maximum de 700€ TTC par oreille,
 - -20% sur les accessoires de connectivité

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures,
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'un bon personnalisé.
- Plus de 5 100 centres audio



DES PRIX NÉGOCIÉS

- Respect des plafonds d'honoraires du département d'exercice (de 50 à 70€)

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent
- 520 ostéopathes partenaires



À retenir

- ✓ 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

Plus d'information sur energiemutuelle.fr/kalixia

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2024

Organismes assureurs : HARMONIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions de livre II du code de la mutualité –

SIREN N°538 518 473 / ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité –

SIREN N°419 049 499 / SMI – Mutuelle soumise aux dispositions de livre II du Code de la Mutualité – SIREN N°784 669 954

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : CSM – Couverture Supplémentaire Maladie des agents statutaires de la Branche des Industries Electriques et Gazières – CSM

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire Santé CSM est un contrat de surcomplémentaire collectif obligatoire, souscrit par une entreprise relevant de la Branche des Industries Electriques et Gazières (IDCC 5001), destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes et médecins acupuncteurs, Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements, Analyse hors nomenclature, Pansements, Majoration des soins courants de 50% (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.
- ✓ **Optique** : Monture et verres classe B (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles y compris lentilles jetables (1/an), Chirurgie correctives non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires et Orthodontie acceptés par la Sécurité sociale, Couronnes ou stellites provisoires, Orthodontie, Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Aide auditive acceptée de classe II par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien), Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale.
- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Frais de salle d'opération, Honoraires de médecins non OPTAM/OPTAM-CO, Forfait journalier, Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité).
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccin, Pilule contraceptive de 3^e ou 4^e génération, Ostéodensitométrie, Détartrage annuel des dents, Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, Pack prévention annuel.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Deuxième avis médical
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social
- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes)
- ✓ Visible Patient Solution

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), et les unités ou centres de soins de longue durée.
- ✗ Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, et médecins acupuncteurs** : 34 € par séance (12 séances par année civile).
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et ses ayants droit bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle, accompagné d'un RIB et renvoyer les documents soit à Mutieg A ASSO soit à l'employeur selon le processus retenu par votre entreprise.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, par voie postale ou électronique, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements, ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement d'avance à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être réalisés par précompte, effectués par l'employeur, ou par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel d'avance, le cas échéant, dans le cadre des maintiens de garanties à la CSM à titre facultatif.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion prend effet à la date d'embauche en tant qu'agent statutaire. Pour les ayants droit, la date d'effet du droit à remboursement est la date à laquelle ils acquièrent la qualité d'ayants droit couverts à titre obligatoire au sens de la Sécurité Sociale, tel que prévu dans la notice d'information CSM.

L'affiliation prend fin le jour de la rupture du contrat de travail (hormis le cas, visé ci-après, de maintien temporaire de la CSM pendant une durée maximale de 12 mois dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de bénéfice des allocations chômage de Pôle Emploi) ou lors du passage dans une catégorie de salariés non visée parmi les Bénéficiaires de la CSM des IEG ; le jour de la suspension de votre contrat de travail sans maintien de rémunération ni maintien d'une indemnité financée par votre employeur et en l'absence de demande de votre part de bénéficiaire de la possibilité de maintien des garanties à titre facultatif ; au jour du décès ; le jour de la résiliation des contrats d'assurance des Mutuelles partenaires auxquels a adhéré l'employeur.

Les garanties sont souscrites par l'employeur dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année. L'employeur adresse par tous moyens contractuels à la mutuelle au moins 2 mois avant cette date.

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2024

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité –

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : SODELI

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance de Surcomplémentaire Santé SODELI est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

- ✓ **Hospitalisation** : Chambre particulière (complète et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans et adulte de plus de 70 ans).
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes, Actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM-CO), Actes d'imagerie, médicale (OPTAM/OPTAM-CO), Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoire, analyse hors nomenclature, Médicaments prescrits non remboursés, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières et Consultations psychologues.
- ✓ **Optique** : Verres adultes et enfants acceptés par la Sécurité Sociale de classe B (hors réseau Kalixia), Lentilles y compris jetables (2 équipements par an), Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins (Inlay-Onlay), Prothèses dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale, Implantologie, Orthodontie, Couronne, Prothèses, Parodontologie et autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale, Forfait équipement handicap.
- ✓ **Aide auditive** : accessoires, fournitures et entretien.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack Prévention, Allocation maternité ou d'adoption, Séance d'activité physique prescrite.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Garantie Perte d'autonomie / Dépendance (GIR 1 et GIR 2)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes)
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds sociaux
- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation Médicale
- ✓ Deuxième Avis Médical
- ✓ Visible Patient Solution

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance (Energie Mutuelle Services) assurée par AUXIA ASSISTANCE.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), et les unités ou centres de soins de longue durée.
- ✗ Les médicaments prescrits réglementés non remboursés par la Sécurité sociale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée, réglementairement pour les médecins spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière (Psychiatrie : 45 jours / Médecine-Chirurgie : 120 jours).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 2 séances par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile.
- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 3 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou adhérents à la garantie Préférence ou Sérénité ou garantis par un premier régime complémentaire au régime Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité ;
 - Changement de profession : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement d'avance à la date indiquée dans le contrat.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou chèque.
Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré, cachet de la poste faisant foi par voie postale, date d'horodatage par voie électronique ou date de réception du mail si envoi par mail ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

A compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'une adhésion par démarchage, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée (par voie postale ou électronique) avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- A la date d'échéance annuelle du contrat (soit le 31 décembre de l'année en cours), par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
- En cas de révision des cotisations, par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2024

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité –

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : CORT

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance de Surcomplémentaire Santé CORT est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables avec des prestations non responsables, et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Chambre particulière (complète et maternité), Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus 70 ans).
- ✓ **Soins courants** : Consultations, Visites de médecins généralistes et spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO), Actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM-CO), Actes d'imagerie médicale (OPTAM/OPTAM-CO), Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements et examen de laboratoire, Analyse hors nomenclature, Médicaments prescrits non remboursés, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, Consultation de psychologue.
- ✓ **Optique** : Verres de classe B (hors réseau Kalixia), Lentilles y compris lentilles jetables (2 équipements/an), Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronne, Orthodontie, Parodontologie et autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale, Forfait Equipement handicap.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack Prévention, Allocation de naissance ou d'adoption, Séance d'activité physique prescrite.

LES GARANTIES NON RESPONSABLES (Prestations NR Cort)

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Frais de séjour et honoraires de médecins (non OPTAM / non OPTAM-CO) avec ou sans acte > 120 €.
- ✓ **Soins courants** : Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes (non OPTAM), Actes techniques médicaux (non OPTAM / non OPTAM-CO), Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie (non OPTAM / non OPTAM-CO).
- ✓ **Optique** : Monture dans et hors réseau Kalixia.
- ✓ **Aide auditive** : Équipement auditif de classe II accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoire, fournitures et entretien).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Garantie Perte d'autonomie / dépendance (GIR 1 et GIR 2).
Allocation équipement (GIR 3).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes).
- ✓ Tiers-payant Viamedis.
- ✓ Téléconsultation Médicale.
- ✓ Deuxième Avis Médical.
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social.
- ✓ Visible Patient Solution

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance (Energie Mutuelle Services) assurée par AUXIA ASSISTANCE.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour ;
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), et les unités ou centres de soins de longue durée.
- ✗ Les médicaments prescrits réglementés non remboursés par la Sécurité sociale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée, réglementairement pour les médecins spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE).
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière (Psychiatrie : 45 jours / Médecine-Chirurgie : 120 jours).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 2 séances par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile.
- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 3 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou adhérents à la garantie Préférence ou Sérénité ou garantis par un premier régime complémentaire au régime Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet est adressé à la Mutuelle avant le 10 du mois considéré, cachet de la poste faisant foi par voie postale, date d'horodatage par voie électronique ou date de réception du mail si envoi par mail ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

A compter de la date du jour où l'adhésion a pris effet dans le cadre d'une adhésion à distance ou à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'une adhésion par démarchage, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée (par voie postale ou électronique) avec accusé de réception sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- A la date d'échéance annuelle du contrat (soit le 31 décembre de l'année en cours), par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
- En cas de révision des cotisations, par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



Contacter Energie mutuelle

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 mail à :
votreconseiller@energiemutuelle.com



Par courrier,
adrezsez votre adhésion à :
Energie mutuelle
66 avenue du Maine
75014 PARIS

Vous souhaitez communiquer avec Energie mutuelle ?



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

0 969 32 46 46 Service gratuit
+ prix appel

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 :

