

GARANTIES ENERGIE SANTE

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

PRESTATIONS 2023

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 conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime Local Alsace-Moselle⁽⁵⁾

Energie 1 ⁽⁶⁾	Energie 2 ⁽⁶⁾	Energie 3 ⁽⁶⁾	Energie 4 ⁽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.

		Energie 1 ⁽⁶⁾	Energie 2 ⁽⁶⁾	Energie 3 ⁽⁶⁾	Energie 4 ⁽⁶⁾
Frais de séjour et frais de salle d'opération en établissement conventionné	100 %	-	50 %	75 %	100 %
Frais de séjour et frais de salle d'opération en établissement non conventionné (dans la limite de 5 300 €)	100 %	-	50 %	75 %	100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	24 €	-	-	-	-
Forfait patient urgences*	-	sans reste à payer	sans reste à payer	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)	100 %	-	70 %	150 %	300 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100 %	-	50 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	100 % des Frais réels	-	-	-	-
Chambre particulière**					
Hospitalisation complète, y compris maternité, par nuitée	-	25 €	50 €	60 €	75 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	20 €	30 €	40 €	50 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	-	25 €	40 €	50 €
Frais de transport	100 %	-	-	-	-

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** (modélisation 3D des images IRM-Scanner)
- 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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

	Régime Local Alsace-Moselle ⁽⁵⁾	Energie 1 ⁽⁴⁾	Energie 2 ⁽⁴⁾	Energie 3 ⁽⁴⁾	Energie 4 ⁽⁴⁾
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)					
Généraliste					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	90 %	10 %	60 %	70 %	90 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	40 %	50 %	70 %
Spécialiste					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	40 %	80 %	110 %
Actes techniques médicaux					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	40 %	80 %	110 %
Actes d'imagerie médicale					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	10 %	40 %	80 %	110 %
Auxiliaires médicaux					
	90 %	10 %	20 %	50 %	80 %
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	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire					
	90 %	10 %	20 %	50 %	80 %
Frais de transport					
	100 %	-	-	-	-
Médicaments					
Médicaments remboursés à 90 %	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %
Médicaments remboursés à 80 %	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	0 %	85 %	85 %	85 %
Pansements					
	90 %	10 %	20 %	50 %	70 %
Contraception non remboursée : pilules, patches, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire					
	-	-	30 €	45 €	60 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes, psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, podologue et médecins acupuncteurs (hors nomenclature) - Les montants indiqués par séance sont valables pour l'ensemble du poste (et non par spécialité), par année civile et par bénéficiaire.					
	-	25 € par séance (2 séances/an/ bénéficiaire)	30 € par séance (4 séances/an/ bénéficiaire)	40 € par séance (5 séances/an/ bénéficiaire)	50 € par séance (6 séances/an/ bénéficiaire)
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	Oui	Oui	Oui	Oui

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** avec Energie Mutuelle Services

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime Local Alsace-Moselle ⁽⁵⁾	Energie 1 ⁽⁴⁾	Energie 2 ⁽⁴⁾	Energie 3 ⁽⁴⁾	Energie 4 ⁽⁴⁾
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes (de plus de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois 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 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 16 ans) et Enfant (moins de 16 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).

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par le Régime Local Alsace-Moselle 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 Local Alsace-Moselle et la garantie souscrite. (60% de la BR par le régime de base et 60% de la BR par la garantie souscrite) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100% Santé ⁽²⁾ (Classe A)	90 %	sans reste à payer*	sans reste à payer*	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

	90 %	50 €	70 €	105 €	100 % des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Par verre simple ⁽³⁾	90 %	50 €	70 €	105 €	
Par verre complexe ⁽³⁾	90 %	75 €	120 €	225 €	
Par verre très complexe ⁽³⁾	90 %	100 €	170 €	300 €	
Par monture de lunettes ⁽³⁾	90 %	50 €	75 €	100 €	100 €

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

	90 %	50 €	70 €	105 €	105 €
Par verre simple ⁽³⁾	90 %	50 €	70 €	105 €	105 €
Par verre complexe ⁽³⁾	90 %	75 €	120 €	225 €	225 €
Par verre très complexe ⁽³⁾	90 %	100 €	170 €	300 €	300 €
Par monture de lunettes ⁽³⁾	90 %	50 €	75 €	100 €	100 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B	90 %	10 %	20 %	30 %	30 %

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)	90 %	150 €	200 €	250 €	305 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	50 €	120 €	200 €	300 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

- Jusqu'à **30 % réduction minimum** 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)	90 %	150 €	200 €	250 €	305 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	50 €	120 €	200 €	300 €
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	-	250 €	300 €	400 €

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Régime Local Alsace-Moselle ⁽⁵⁾	Energie 1 ⁽⁴⁾	Energie 2 ⁽⁴⁾	Energie 3 ⁽⁴⁾	Energie 4 ⁽⁴⁾
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



DENTAIRE

*La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par le Régime Local Alsace-Moselle 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.

Prothèse 100% Santé⁽²⁾	90 %	sans reste à payer*	sans reste à payer*	sans reste à payer*	sans reste à payer*
--	------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins dentaires	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Radiologie dentaire	90 %	10 %	60 %	100 %	130 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés autres que 100% santé	90 %	35 %	160 %	360 %	555 %
Prothèses dentaires à tarifs libres autres que 100% santé	90 %	35 %	160 %	360 %	555 %
Orthodontie	90 %	35 %	160 %	360 %	470 %

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - Par prothèse dentaire, par année civile et par bénéficiaire	-	-	200 € (max. 3 prothèses)	350 € (max. 3 prothèses)	500 € (max. 3 prothèses)
Orthodontie - Par année civile et par bénéficiaire	-	-	350 €	500 €	750 €
Implant dentaire - Par implant, par année civile et par bénéficiaire	-	-	500 € (max. 3 implants)	750 € (max. 3 implants)	1 000 € (max. 3 implants)

Couronnes ou stellites provisoires dans la limite de 5 dents par année civile :

1 à 2 dents	-	-	50 €	60 €	75 €
3 dents	-	-	100 €	120 €	150 €
Par dent supplémentaire	-	-	25 €	35 €	50 €
Parodontologie : forfait maximum par année civile et par bénéficiaire	-	-	150 €	250 €	300 €



MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE

Orthopédie et prothèse médicale (y compris prothèse capillaire de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	90 %	10 %	60 %	90 %	130 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	-	1 000 €	1 500 €	3 000 €
Forfait équipement handicap : équipement et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personne handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500 € / an	500 € / an	500 € / an	500 € / an



AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

*La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par le Régime Local Alsace-Moselle et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Paniers de soins sans reste à charge (aides auditives de classe I - santé tel que défini réglementairement)	90 %	sans reste à payer*	sans reste à payer*	sans reste à payer*	sans reste à payer*
--	------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Équipement auditif autre que 100% Santé⁽²⁾ (classe II ⁽⁴⁾)

Forfait aide auditive unilatérale	90 %	40 €	380 €	630 €	1 340 €
Forfait aide auditive bilatérale	90 %	80 €	760 €	1 260 €	2 680 €
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire)	90 %	20 €	30 €	40 €	50 €

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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

	Régime Local Alsace-Moselle ⁽⁵⁾	Energie 1 ⁽⁴⁾	Energie 2 ⁽⁴⁾	Energie 3 ⁽⁴⁾	Energie 4 ⁽⁴⁾
AUTRES PRESTATIONS					
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	90 %	10 %	10 % + 200 €	10 % + 300 €	10 % + 350 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	-	50 €	60 €	75 €
Ostéodensitométrie non remboursée	-	-	80 €	100 €	115 €

+ DE SERVICES					
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	Oui	Oui	Oui	Oui
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les dispositions d'attribution ou fonds dédié	-	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	Non	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation Médicale	-	Non	Oui	Oui	Oui
Deuxième Avis Médical	-	Non	Oui	Oui	Oui
Visible Patient Solution (Imagerie médicale en 3D)	-	Non	Oui	Oui	Oui

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement mutualiste

Abréviations :

BR = Base de Remboursement de la 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). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale).
CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

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 : 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) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N°2019-65 du 31 janvier 2019 et Art.R871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(4) 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.

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

(6) Hors remboursement du Régime local Alsace-Moselle.