



**Garanties**  
Préférence

**Cotisations**  
Préférence

**Garanties**  
Sodeli & Cort

**Cotisations**  
Sodeli & Cort

**Services**

Vous êtes ex-agent des IEG non-CAMIEG, ayants droit (conjoint, enfant) non-CAMIEG d'un agent actif ou inactif des IEG, la garantie **Préférence** a été pensée pour vous.

Votre garantie Préférence offre des remboursements complémentaires à la Sécurité sociale.

Cette couverture accessible aux proches des IEG, est équivalente aux garanties d'un agent ou retraité des IEG (CAMIEG complémentaire ainsi que CSM).

## EFFICACITÉ

Profitez des meilleurs remboursements des frais de santé

## SOUPLESSE

Sans délai de carence ni de questionnaire de santé

## SÉCURITÉ

Bénéficiez, avec les renforts Sodeli ou Cort, des prestations de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance (rente viagère, formations des aidants...)

## SÉRÉNITÉ

Soyez couverts par les prestations d'assistance d'Energie Mutuelle Services (aide à domicile, garde d'enfants...) et bénéficiez de la Téléconsultation Médicale, Deuxième Avis Médical, Visible Patient Solution, Prof Express



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?  
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

**0 969 32 15 75** Service gratuit + prix appel

Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h

# PRÉFÉRENCE

Pour les personnes extérieures aux IEG

## PRESTATIONS 2021

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 Général <sup>(5)</sup>	PRÉFÉRENCE <sup>(6)</sup>
<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)</b>		
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne comprend 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.		
Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	120 % / 100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €
<b>Honoraires</b>		
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	320 % / 300 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	120 % / 100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale</b>	-	100 % des Frais Réels
<b>Chambre particulière</b>		
Hospitalisation complète yc maternité, avec nuitée	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	1 % du PMSS (34,28 €)
Frais d'accompagnant (adulte de plus de 70 ans)	-	-
Frais de transport	65 %	35 %

### 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

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

#### Généraliste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM <sup>(1)</sup> )	70 %	110 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %

#### Spécialiste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	150 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	130 %

#### Actes techniques médicaux

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	150 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	130 %

#### Actes d'imagerie médicale

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	150 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	130 %

#### Auxiliaires médicaux

	60 %	110 %
--	------	-------

<b>Analyses, prélèvements et examens de laboratoire</b>	60 %	110 %
---	------	-------

<b>Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	-	0,7 % du PMSS (24,00 €)
---	---	-------------------------

<b>Frais de transport</b>	65 %	35 %
---------------------------	------	------

<b>Médicaments</b>		
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-

<b>Pansements</b>	60 %	100 %
-------------------	------	-------

<b>Contraception non remboursée : pilules, patches, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
---	---	--------------------------

<b>Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), sur frais réels limités à 100 € (12 séances par année civile)</b>	-	34 € / séance
---	---	---------------

<b>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</b>	-	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

 OPTIQUE

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 (jusqu'à 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 général et la garantie souscrite, 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 le Régime général 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\* (Classe A)

60 %

Sans reste à payer

## Équipement autre que 100% Santé\*\* (Classe B)

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

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	100 % des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du Régime général
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	

## VOS AVANTAGES KALIXIA

- 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
- Demandez la dispense d'avance de frais dans le réseau Kalixia
- Profitez d'une garantie casse de 2 ans pour votre monture et/ou vos verres

## HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	Grille optique Préférence fonction de la correction visuelle prescrite**
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du Régime général
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	60 %	60 %

 OPTIQUE (suite)

## Lentilles

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

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement par année civile - Ticket modérateur au-delà)	60 %	645 % BR + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Adulte : 92,30 € + 7,35 % PMSS (251,96 €) Enfant : 151,20 € + 7,35 % PMSS (251,96 €)

## VOS AVANTAGES KALIXIA

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

## HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement par année civile - Ticket modérateur au-delà)	60 %	645 % BR + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Adulte : 92,30 € + 7,35 % PMSS (251,96 €) Enfant : 151,20 € + 7,35 % PMSS (251,96 €)
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	32 % du PMSS (1 096,96 €)

## Grille optique Préférence pour Adulte (+16 ans), y compris remboursement Régime général :

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	80,00 €	100,00 €	189,00 €	205,00 €	251,00 €	326,00 €
2,25 - 4	80,00 €	100,00 €	189,00 €	205,00 €	251,00 €	326,00 €
4,25 - 6	80,00 €	100,00 €	189,00 €	333,00 €	251,00 €	326,00 €
6,25 - 8	157,00 €	198,00 €	237,00 €	333,00 €	251,00 €	326,00 €
8,25 - 12	157,00 €	198,00 €	237,00 €	333,00 €	539,00 €	539,00 €
12,25 et plus	210,00 €	198,00 €	237,00 €	333,00 €	539,00 €	539,00 €

## Grille optique Préférence pour Enfant (-16 ans), y compris remboursement Régime général :

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	96,00 €	109,00 €	226,00 €	276,00 €	295,00 €	384,00 €
2,25 - 4	96,00 €	109,00 €	226,00 €	276,00 €	295,00 €	384,00 €
4,25 - 6	96,00 €	109,00 €	226,00 €	383,00 €	295,00 €	384,00 €
6,25 - 8	221,00 €	263,00 €	308,00 €	383,00 €	295,00 €	384,00 €
8,25 - 12	221,00 €	263,00 €	308,00 €	282,00 €	486,00 €	486,00 €
12,25 et plus	221,00 €	263,00 €	308,00 €	383,00 €	486,00 €	486,00 €

Légende :

Verre simple

Verre complexe

Verre très complexe

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


**DENTAIRE**

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

**Prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup>**

70 %

Sans reste  
à payer\***ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE****Soins et Prothèses autres que 100% Santé**


Soins dentaires	70 %	150 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	150 %
Radiologie dentaire	70 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	575 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	575 %

**Implantologie**

Couronne définitive sur implant, maximum 5 par année civile et par bénéficiaire	70 %	425 % + 10,5% du PMSS (359,94 €)
<b>Orthodontie</b>	100 %	460 %

**ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE**

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	150 %
Orthodontie	-	300 %
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire, maximum 5	-	20 % PMSS (685,60 €)
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	2 % PMSS (68,56 €)
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	4 % PMSS (137,12 €)
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	1 % PMSS (34,28 €)
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	8,4 % PMSS (287,95 €)
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	30 % des Frais réels

	Régime Général <sup>(5)</sup>	PRÉFÉRENCE <sup>(6)</sup>
 <b>MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE</b>		
Orthopédie et prothèse médicale (y compris prothèse capillaire de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	290 %
Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale	100 %	150 % + 90 % du PMSS (3 085,20 €)
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)	-	-

## 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 général et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires

Équipement auditif autre que 100% Santé<sup>(2)</sup> (classe II <sup>(3)</sup>)

Prothèse unilatérale	60 %	1 700 € yc participation du régime général
Prothèse bilatérale	60 %	3 400 € avec un maximum de 1 700 € (par aide auditive) yc participation du régime général
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	60 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)

### VOS AVANTAGES KALIXIA

- Géocalisez 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

## GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	-	-
Allocation Équipement (GIR 3)	-	-
Energie Mutuelle Assistance Dépendance	-	-

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

	Régime Général <sup>(5)</sup>	PRÉFÉRENCE <sup>(6)</sup>
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	55 % + forfait 8 % du PMSS (274,24 €) par cure
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire	-	2,8 % du PMSS (95,98 €)
Pack Prévention annuel comprenant :		3,85 % du PMSS (131,98 €)
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;		
- podologue et bilan podologique ;		
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;		
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;		
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;		
- test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ;		
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.		
Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption	-	-
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)	-	-

<b>+ DE SERVICES</b>		
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les disposition d'attribution ou fonds dédié	-	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	OUI
Téléconsultation Médicale	-	OUI
Deuxième Avis Médical	-	OUI
Visible Patient Solution	-	OUI
Prof Express (soutien scolaire en ligne)	-	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). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2021 : 3 428 €). **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<sup>er</sup> janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1<sup>er</sup> avril 2015.

Depuis le 1<sup>er</sup> 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](http://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) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018

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

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

(6) Hors remboursement du Régime général.



# PRÉFÉRENCE



	Taux PMSS*	€ / mois**	Taux PMSS*	€ / mois**
Moins de 30 ans	1,075 %	36,85 €	2,778 %	95,23 €
De 30 à 39 ans	1,714 %	58,76 €	4,424 %	151,65 €
De 40 à 49 ans	2,542 %	87,14 €	5,858 %	200,81 €
De 50 à 59 ans	3,158 %	108,26 €	6,698 %	229,61 €
60 ans et plus	3,718 %	127,45 €	7,840 %	268,76 €

\* PMSS 2021 : 3 428 €

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



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?  
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

**0 969 32 15 75** Service gratuit  
+ prix appel

Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h

# Préférence, une surcomplémentaire santé modulable

Adhérent à la garantie Préférence, vous souhaitez renforcer vos garanties et diminuer votre reste à charge ? Pensez à **Sodeli** ou **Cort** !

Ces deux options offrent des remboursements complémentaires à Préférence sur les principaux postes de santé.

## Niveau 1

Votre contrat actuel  
**Préférence**

## Niveau 2

Votre contrat actuel **Préférence** + **(e)Sodeli\***  
(\*Sodeli si assistance dépendance en supplément)

## Niveau 3

Votre contrat actuel **Préférence** + **(e)Cort\***  
(\*Cort si assistance dépendance en supplément)

La tranquillité d'esprit à partir de 9,26 € par mois



\*eSodeli et eCort ne comprennent pas l'assistance perte d'autonomie et dépendance.



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?  
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

**0 969 32 15 75** Service gratuit  
+ prix appel

Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h

# Sodeli & Cort



Une surcomplémentaire Santé modulable grâce aux renforts Sodeli ou Cort

	Préférence	eSodeli	eCort	Sodeli	Cort
Couverture santé	✓	Renfort +	Renfort +	Renfort +	Renfort ++
Garantie Perte d'autonomie/Dépendance*	✗	✗	✗	✓	✓
Garantie dépassement d'honoraires non OPTAM - Montures	✗	✗	✓	✗	✓
Assistance – Energie Mutuelle Services	✓	✓	✓	✓	✓
Téléconsultation Médicale	✓	✓	✓	✓	✓
Deuxième Avis Médical	✓	✓	✓	✓	✓
Accès au réseau Kalixia	✓	✓	✓	✓	✓
Aides exceptionnelles du fonds social	✓	✓	✓	✓	✓
Visible Patient Solution	✓	✓	✓	✓	✓
Prof Express	✓	✓	✓	✓	✓

\* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 29-3 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?  
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

**0 969 32 15 75** Service gratuit + prix appel

Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h

# SODELI & CORT

## PRESTATIONS 2021

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 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 Général<sup>(5)</sup>

SODELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>



### HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.  
L'hospitalisation ne comprend 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.

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SODELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
<b>Frais de séjour et de salle d'opération</b> (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	-	100 %
<b>Franchise sur les actes CCAM &gt; 120 €</b>	-	-	-
<b>Honoraires</b>			
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	-	100 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	80 % / 100 %	-	100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale</b>	-	-	-
<b>Chambre particulière</b>			
Hospitalisation complète yc maternité, avec nuitée	-	25 € / jour	35 € / jour
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	-
<b>Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)</b>	-	15 € / jour	20 € / jour
<b>Frais d'accompagnant (adulte de plus de 70 ans)</b>	-	20 € / jour	25 € / jour
<b>Frais de transport</b>	65 %	-	-

### 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

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 Général<sup>(5)</sup>

SODELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

#### Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM <sup>(1)</sup> )	70 %	60 %	100 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	40 %	100 %

#### Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	-	50 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	200 %

#### Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	50 %

#### Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	50 %

#### Auxiliaires médicaux

	60 %	30 %	70 %
--	------	------	------

#### Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	30 %	70 %
--	------	------	------

#### Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire

	-	35 €	50 €
--	---	------	------

#### Frais de transport

	65 %	-	-
--	------	---	---

#### Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %	65 %	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	-	-
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 €

#### Pansements

	60 %	150 %	200 %
--	------	-------	-------

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

	-	35 €	100 €
--	---	------	-------

#### Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), séances par année civile et par bénéficiaire (maximum 12 séances)

	-	25 €	35 €
--	---	------	------

#### Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire

	-	25 € par séance (2 séances)	35 € par séance (4 séances)
--	---	-----------------------------	-----------------------------

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

	NON	NON	NON
--	-----	-----	-----

### 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

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 Général<sup>(5)</sup>

SO DELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>

## OPTIQUE

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 (jusqu'à 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 général et la garantie Préférence, 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.

\*\* 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 le Régime général et la garantie Préférence. (60 % de la BR par le régime de base et 60 % de la BR par la garantie Préférence) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100 % Santé <sup>(2)</sup> (Classe A)	Sans reste à payer*	-	-
--	---------------------	---	---

### Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)

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

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

- 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
- Demandez la **dispense d'avance de frais** dans le réseau Kalixia
- Profitez d'une **garantie casse de 2 ans** pour votre monture et/ou vos verres

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	10 €	15 €
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	10 €	15 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	15 €	20 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	15 €	20 €
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	20 €	25 €
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	20 €	25 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	60 %	-	-

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 Général<sup>(5)</sup>

SO DELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>

## OPTIQUE (suite)

### Lentilles

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

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	30 €	60 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	30 €	60 €
<b>Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)</b>	-	200 €	350 €

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 Général<sup>(5)</sup>

SO DELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>

## DENTAIRE

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

#### Prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup> sans reste à charge

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
Sans reste à payer	-	-	-

#### ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

##### Soins et Prothèses autres que 100% Santé

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
Soins dentaires	70 %	-	50 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	-	50 %
Radiologie dentaire	70 %	-	-
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	75 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	75 %	150 %

##### Implantologie

Couronne définitive sur implant, maximum 5 par année civile et par bénéficiaire	70 %	100 €	200 €
<b>Orthodontie</b>	100 %	80 %	160 %

#### ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	100 %	200 %
Orthodontie	-	60 %	160 %
Implantologie, par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 5 par année civile	-	250 €	500 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	7 €	35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	15 €	65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	15€
Parodontologie : forfait par année civile	-	275 €	750 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile et par bénéficiaire	-	10 % des Frais Réels	30 % des Frais Réels

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 Général<sup>(5)</sup>

SO DELI<sup>(6)</sup>

CORT<sup>(6)</sup>



## MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
<b>Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale</b>	60 % / 100 %	50 %	100 %
<b>Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale</b>	100 %	-	-
<b>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)</b>	-	500 € / an	500 € / an



## AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime Général (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
<b>Équipement auditif 100% Santé<sup>(2)</sup>(classe I <sup>(3)</sup>)</b>	60 %	-	-
<b>Équipement auditif autre que 100% Santé<sup>(2)</sup>(classe II <sup>(3)</sup>)</b>			
Aide auditive unilatérale - nrCORT	60 %	-	200 €
Aide auditive bilatérale- nrCORT	60 %	-	400 €
<b>Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	60 %	25 €	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



## GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

	Régime Général <sup>(5)</sup>	SO DELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
<b>Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)</b>	-	100 €/mois	150 €/mois
<b>Allocation Equipement (GIR 3)</b>	-	-	1 000 €
<b>Energie Mutuelle Assistance Dépendance</b>	-	OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance



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 Général <sup>(5)</sup>	SODELI <sup>(6)</sup>	CORT <sup>(6)</sup>
-------------------------------	-----------------------	---------------------

## AUTRES PRESTATIONS

<b>Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	65 %	175 €	200 €
<b>Vaccins non remboursés (par vaccin)</b>	-	20 €	75 €
<b>Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire</b>	-	20 €	75 €
<b>Pack Prévention annuel comprenant :</b>			
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;			
- podologue et bilan podologique ;			
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;			
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;	-	100 €	200 €
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;			
- test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ;			
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.			
<b>Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption</b>	-	100 €	150 €
<b>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)</b>	-	60 €	90 €

## + DE SERVICES

<b>Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia</b>	-	OUI	OUI
<b>Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les dispositions d'attribution</b>	-	OUI	OUI
<b>Assistance (Energie Mutuelle Services)</b>	-	OUI	OUI
<b>Téléconsultation Médicale</b>	-	OUI	OUI
<b>Deuxième Avis Médical</b>	-	OUI	OUI
<b>Visible Patient Solution</b>	-	OUI	OUI
<b>Prof Express (soutien scolaire en ligne)</b>	-	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). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2021 : 3 428 €). **CCAM** = Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **nrCORT** : prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties yc régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

Depuis le 1<sup>er</sup> 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](http://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) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018
- (4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N°2019-65 du 31 janvier 2019 et Art.R871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale
- (5) Les données concernant le Régime général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
- (6) Hors remboursement du Régime général

# eSODELI & eCORT

## PRESTATIONS 2021

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 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 Général<sup>(5)</sup>

eSODELI<sup>(6)</sup>

eCORT<sup>(6)</sup>



### HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.  
L'hospitalisation ne comprend 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.

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORT <sup>(6)</sup>
<b>Frais de séjour et de salle d'opération</b> (dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	-	100 %
<b>Franchise sur les actes CCAM &gt; 120 €</b>	-	-	-
<b>Honoraires</b>			
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	-	100 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	80 % / 100 %	-	100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale</b>	-	-	-
<b>Chambre particulière</b>			
Hospitalisation complète yc maternité, avec nuitée	-	25 € / jour	35 € / jour
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	-
<b>Frais d'accompagnant</b> (enfant de moins de 16 ans)	-	15 € / jour	20 € / jour
<b>Frais d'accompagnant</b> (adulte de plus de 70 ans)	-	20 € / jour	25 € / jour
<b>Frais de transport</b>	65 %	-	-

### VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - [comparhospit-chercher.kalixia.fr](http://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

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 Général<sup>(5)</sup>

eSODELI<sup>(6)</sup>

eCORT<sup>(6)</sup>

## SOINS COURANTS

### Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

#### Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM <sup>(1)</sup> )	70 %	60 %	100 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	40 %	100 %

#### Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	-	50 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	200 %

#### Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	50 %

#### Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	-	50 %

#### Auxiliaires médicaux

	60 %	30 %	70 %
--	------	------	------

#### Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	30 %	70 %
--	------	------	------

#### Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire

	-	35 €	50 €
--	---	------	------

#### Frais de transport

	65 %	-	-
--	------	---	---

#### Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %	65 %	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	-	-
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 €

#### Pansements

	60 %	150 %	200 %
--	------	-------	-------

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

	-	35 €	100 €
--	---	------	-------

#### Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), séances par année civile et par bénéficiaire (maximum 12 séances)

	-	25 €	35 €
--	---	------	------

#### Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire

	-	25 € par séance (2 séances)	35 € par séance (4 séances)
--	---	-----------------------------	-----------------------------

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

	NON	NON	NON
--	-----	-----	-----

### VOS AVANTAGES

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

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 Général<sup>(5)</sup>

eSODEL<sup>(6)</sup>

eCORT<sup>(6)</sup>

## OPTIQUE

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 (jusqu'à 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 général et la garantie Préférence, 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.

\*\* 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 le Régime général et la garantie Préférence. (60 % de la BR par le régime de base et 60 % de la BR par la garantie Préférence) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100 % Santé <sup>(2)</sup> (Classe A)	Sans reste à payer*	-	-
--	---------------------	---	---

### Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)

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

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	-	-
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	-	-
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

- 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
- Demandez la **dispense d'avance de frais** dans le réseau Kalixia
- Profitez d'une **garantie casse de 2 ans** pour votre monture et/ou vos verres

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	10 €	15 €
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	10 €	15 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	15 €	20 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	15 €	20 €
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	20 €	25 €
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	20 €	25 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans) - nrCORT	60 %	-	50 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	60 %	-	-

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 Général<sup>(5)</sup>

eSODELI<sup>(6)</sup>

eCORTI<sup>(6)</sup>

## OPTIQUE (suite)

### Lentilles

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

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORTI <sup>(6)</sup>
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	30 €	60 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORTI <sup>(6)</sup>
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	30 €	60 €
<b>Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)</b>	-	200 €	350 €

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 Général<sup>(5)</sup>

eSODELI<sup>(6)</sup>

eCORTI<sup>(6)</sup>

## DENTAIRE

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

#### Prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup> sans reste à charge

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORTI <sup>(6)</sup>
Sans reste à payer	-	-	-

#### ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

##### Soins et Prothèses autres que 100% Santé

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORTI <sup>(6)</sup>
Soins dentaires	70 %	-	50 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	-	50 %
Radiologie dentaire	70 %	-	-
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	75 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	75 %	150 %

##### Implantologie

Couronne définitive sur implant, maximum 5 par année civile et par bénéficiaire	70 %	100 €	200 €
<b>Orthodontie</b>	100 %	80 %	160 %

#### ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	100 %	200 %
Orthodontie	-	60 %	160 %
Implantologie, par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 5 par année civile	-	250 €	500 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	7 €	35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	15 €	65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	15€
Parodontologie : forfait par année civile	-	275 €	750 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile et par bénéficiaire	-	10 % des Frais Réels	30 % des Frais Réels

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 Général<sup>(5)</sup>

eSODELI<sup>(6)</sup>

eCORT<sup>(6)</sup>



## MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORT <sup>(6)</sup>
<b>Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale</b>	60 % / 100 %	50 %	100 %
<b>Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale</b>	100 %	-	-
<b>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)</b>	-	500 € / an	500 € / an



## AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime Général (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORT <sup>(6)</sup>
<b>Équipement auditif 100% Santé<sup>(2)</sup>(classe I <sup>(3)</sup>)</b>	60 %	-	-
<b>Équipement auditif autre que 100% Santé<sup>(2)</sup>(classe II <sup>(3)</sup>)</b>			
Aide auditive unilatérale - nrCORT	60 %	-	200 €
Aide auditive bilatérale- nrCORT	60 %	-	400 €
<b>Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	60 %	25 €	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



## GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

	Régime Général <sup>(5)</sup>	eSODELI <sup>(6)</sup>	eCORT <sup>(6)</sup>
<b>Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)</b>	-	NON	NON
<b>Allocation Equipement (GIR 3)</b>	-	NON	NON
<b>Energie Mutuelle Assistance Dépendance</b>	-	NON	NON

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

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 Général <sup>(5)</sup>	eSODEL <sup>(6)</sup>	eCORT <sup>(6)</sup>
-------------------------------	-----------------------	----------------------

## AUTRES PRESTATIONS

<b>Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	65 %	175 €	200 €
<b>Vaccins non remboursés (par vaccin)</b>	-	20 €	75 €
<b>Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire</b>	-	20 €	75 €
<b>Pack Prévention annuel comprenant :</b>			
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;			
- podologue et bilan podologique ;			
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;			
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;	-	100 €	200 €
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;			
- test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ;			
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.			
<b>Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption</b>	-	100 €	150 €
<b>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)</b>	-	60 €	90 €

## + DE SERVICES

<b>Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia</b>	-	OUI	OUI
<b>Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les dispositions d'attribution</b>	-	OUI	OUI
<b>Assistance (Energie Mutuelle Services)</b>	-	OUI	OUI
<b>Téléconsultation Médicale</b>	-	OUI	OUI
<b>Deuxième Avis Médical</b>	-	OUI	OUI
<b>Visible Patient Solution</b>	-	OUI	OUI
<b>Prof Express (soutien scolaire en ligne)</b>	-	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). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2021 : 3 428 €). **CCAM** = Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris. **nrCORT** : prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties yc régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

Depuis le 1<sup>er</sup> 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.

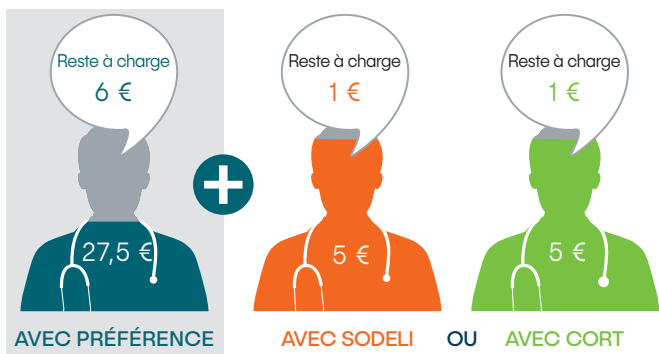
- (1) **Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique)** : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://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) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018
- (4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N°2019-65 du 31 janvier 2019 et Art.R871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale
- (5) Les données concernant le Régime général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
- (6) Hors remboursement du Régime général

# Exemples de remboursements 2021

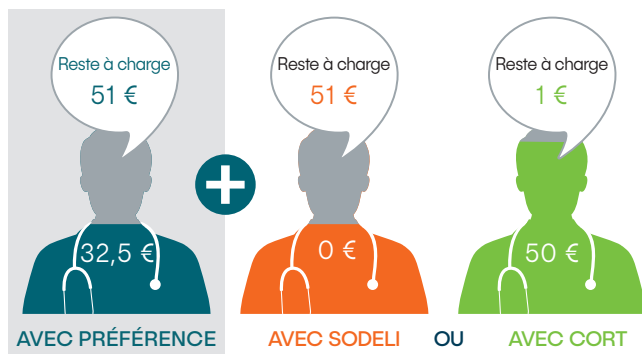
## Pour les adhérents bénéficiaires de la garantie Préférence

● Reste à charge ● Remboursement Préférence ● Remboursement Sodeli ● Remboursement Cort

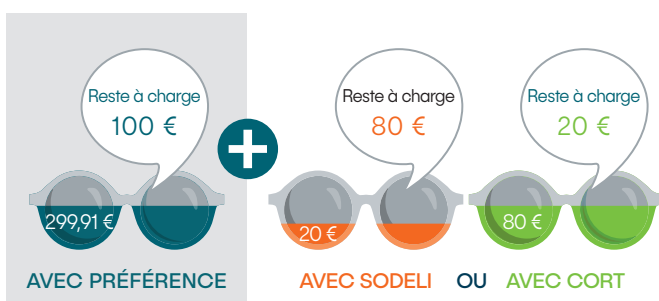
**1 Consultation d'un généraliste avec dépassement d'honoraires dans le parcours de soins**  
*Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)*  
**Dépense réelle : 50 €**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 33,50 €



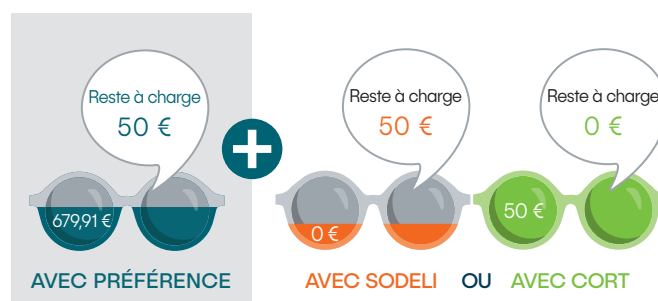
**2 Consultation d'un spécialiste avec dépassement d'honoraires dans le parcours de soins**  
*Médecin non signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (NON OPTAM/ NON OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)*  
**Dépense réelle : 100 €**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 83,50 €



**3 Optique adulte : un équipement tous les 2 ans**  
*(Dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable) - Hors réseau optique Kalixia*  
 Verres simples + monture  
**Dépense réelle : Verres à 250 € la paire + Monture à 150 €**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 399,91 €

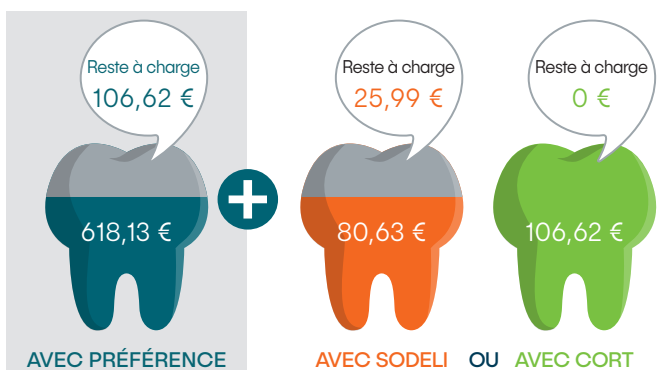


**4 Optique adulte : un équipement tous les 2 ans**  
*(Dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable) - Dans le réseau optique Kalixia\**  
 Verres complexes (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4) + monture  
**Dépense réelle : Verres à 580 € la paire + Tarif négocié de la monture à 150 € (prix de vente non remis : 180 €)**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 729,91 €

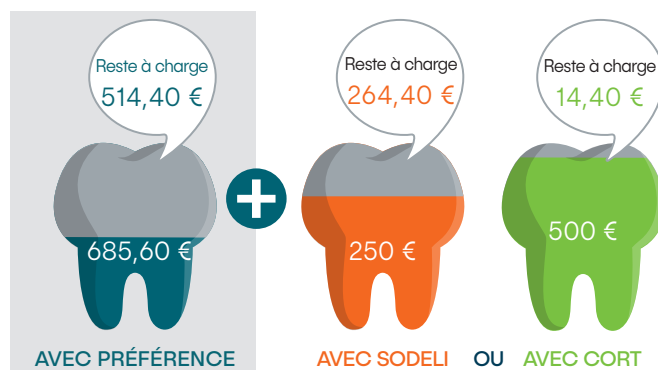


\* Les verres achetés dans le réseau Kalixia sont pris en charge intégralement. Remise de 20 % sur les montures (hors griffées).

**5 Prothèse dentaire tarif libre**  
*(Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux)*  
**Dépense réelle : 800 €**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 724,75 €



**6 Implant dentaire**  
**Dépense réelle : 1 200 €**  
 ● Reste à charge sans Préférence : 1 200 €



Les données concernant le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.



Consultez le site Internet [www.energiemutelle.fr](http://www.energiemutelle.fr) pour prendre connaissance des éventuelles mises à jour des exemples de remboursements.



# Renfort cotisations Sodeli & Cort 2021

## COTISATIONS TTC EN € / mois\*

	2021	
	Isolé	Famille
<b>Sodeli</b>	11,99 €	20,90 €
Incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73 €		
<b>Cort</b>	27,68 €	51,05 €
Incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24 € Incluant les prestations nrCort** dépassements d'honoraires Non OPTAM, montures et audiologie : 2,61 € l'isolé et 5,13 € la famille		
<b>eSodeli</b>	9,26 €	18,17 €
<b>eCort</b>	24,44 €	47,81 €
Incluant les prestations nrCort** dépassements d'honoraires Non OPTAM, montures et audiologie : 2,61 € l'isolé et 5,13 € la famille		

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

\*\* 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.



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?  
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

**0 969 32 15 75** Service gratuit  
+ prix appel

Service ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17h

## Vos services inclus

En tant qu'adhérent à un contrat Energie mutuelle,  
accédez aux services suivants :

### Ma Famille

#### Energie Mutuelle Services :

Aide-ménagère, garde d'enfants  
soutien scolaire à domicile

#### Prof Express

#### Assistance Dépendance :

Rente viagère et assistance  
en cas de perte d'autonomie

### Ma Santé

#### Accès au réseau Kalixia

Optique, Audio, Ostéopathie

#### Téléconsultation médicale

#### Deuxième Avis Médical

#### Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie  
pour optimiser le diagnostic médical

### Votre espace personnel

Pour simplifier vos démarches, accéder à vos informations personnelles et gérer vos dépenses de santé.

Rendez-vous sur : [adh.energiemutuelle.fr](http://adh.energiemutuelle.fr)



# Assistance, Energie Mutuelle Services

Energie Mutuelle Services propose des aides adaptées à chaque situation et aux aléas de la vie.

## 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)



**Assistance 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.



Retrouvez sur notre site internet, [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr), toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

# Téléconsultation Médicale

Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ?  
Bénéficiez de notre service de Téléconsultation Médicale 24h/24 et 7j/7

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 de téléphone dédié,  
sans surcoût  
(appel non surtaxé)



**APPEL TRAITÉ  
DIRECTEMENT**  
par une équipe médicale  
basée en France



**SERVICE  
SÉCURISÉ**



**DISPONIBLE  
24H/24, 7J/7**  
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

**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.

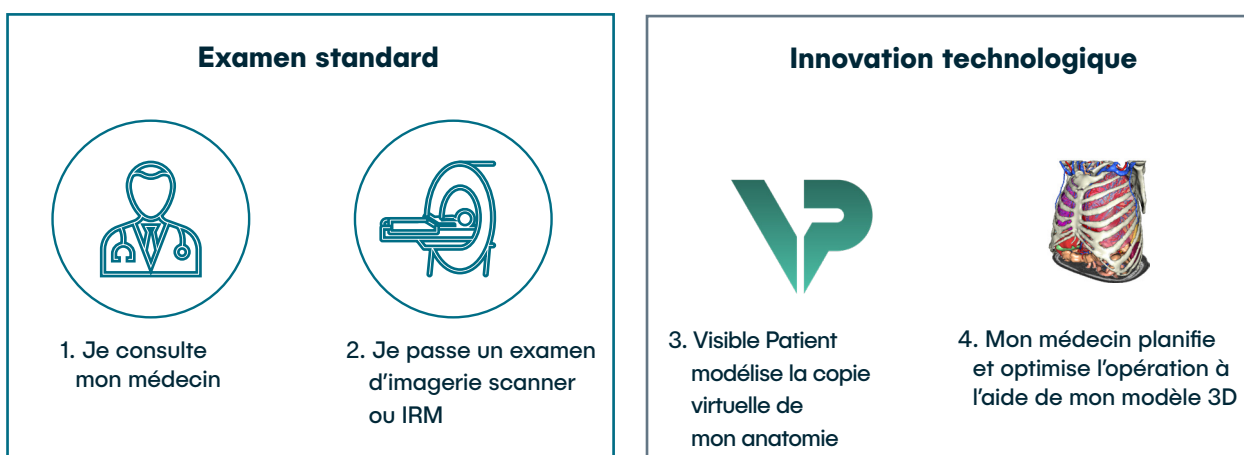


Retrouvez sur notre site internet, [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr), toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

# Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical.

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) une copie virtuelle 3D de votre anatomie. A 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.



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.

 <p>Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Simplifie la planification</li> <li>✓ Améliore les gestes opératoires</li> <li>✓ Diminue les risques d'erreurs chirurgicales</li> <li>✓ Facilite la compréhension de votre pathologie</li> </ul>	 <p>3 000 patients en ont déjà bénéficié</p>
---	---	---



Retrouvez sur notre site internet, [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr), toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

## Deuxième Avis Médical

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**

**Pour être bien assuré et faire le bon choix pour soi-même et ses proches**

[www.deuxiemeavis.fr/energiemutuelle](http://www.deuxiemeavis.fr/energiemutuelle)



Du très haut niveau d'expertise médicale de plus de 100 médecins référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux



Obtenez sous 7 jours un avis en ligne où que vous soyez



Une prise en charge **complète** des frais d'honoraires



Compte-rendu signé par le **médecin expert** et envoyé à votre médecin traitant, si vous êtes d'accord



**Sécurité des données de santé**



Retrouvez sur notre site internet, [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr), toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

## Réseau de soins Kalixia



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

Plus de 6 600  
centres optiques



### DES PRIX NÉGOCIÉS

- De -25 % à -40 % sur les verres
- -20 % sur les montures (hors griffées)
- -30 % sur les lentilles
- Libre choix de vos lunettes parmi les plus grandes marques

Plus de 3 900  
centres audio



### 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.

Plus de 470  
ostéopathes



### DES PRIX MAÎTRISÉS

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

## Une qualité de services garantie par le réseau

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'une attestation personnelle

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

Plus d'informations sur [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr)

- Kalixia : 1<sup>er</sup> 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

# Prof Express, le N°1 du soutien scolaire en ligne

Afin de contribuer à la réussite de vos enfants dans leur scolarité, Energie mutuelle vous accompagne et met gratuitement à votre disposition du **soutien scolaire en ligne** pour vos enfants :



Des enseignants de l'Éducation nationale pour les lycéens, les collégiens et les élèves du primaire :

Mathématiques • Français • Philosophie • Sciences Physiques • Chimie • Sciences et Vie de la terre • Histoire ou Géographie

## • Des conseillers d'orientation :

Parallèlement au soutien scolaire en ligne, le service Orientation Prof Express informe et aide les élèves à préparer leur avenir scolaire et professionnel de concert avec leurs parents.

## • Les échanges se font :



## • Les professeurs sont disponibles :



- Regardez les tutoriels en vidéos : <https://www.profexpress.com/materiel-soutien-scolaire/faq/videos>
- Rejoignez Prof Express sur <https://fr-fr.facebook.com/prof.soutienscolaire>
- Consultez le blog Prof Express : <https://soutien.profexpress.com/>

Pour bénéficier de ce service de soutien scolaire unique en France, Inscrivez-vous : <https://energiemutuelle.profexpress.com/>



# Assistance Dépendance

accessible avec les options Sodeli & Cort

Cette prestation facilite l'accompagnement  
de ceux qui subviennent aux besoins de leurs aînés.

Rente viagère : 100 € / mois pour Sodeli et 150 € / mois pour Cort

**Ecoute et  
accompagnement  
social**



**Soutien  
psychologique**



**Recherche de  
médecin, infirmière  
ou intervenant  
paramédical**



**Informations,  
conseils et  
accompagnement  
téléphonique**



**Prévention nutrition  
santé (échange  
avec une  
diététicienne)**



**Organisation et  
mise en place  
de service à  
domicile  
en cas  
d'épuisement de  
l'aidant**



## 01 48 97 74 05

**Prestation accessible sur simple appel téléphonique :**  
du lundi au vendredi de 9h à 20h et le samedi de 9h à 18h.



Retrouvez sur notre site internet, [energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr),  
toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

# Contactez Energie Mutuelle

Pour toute question sur vos garanties, vos prestations ou si vous souhaitez nous communiquer une information, vous pouvez contacter Energie Mutuelle :

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



Nos conseillers dédiés vous répondent  
Du Lundi au Vendredi de 9h à 17h

**0 969 32 15 75** Service gratuit  
+ prix appel



Par courrier adressé à Energie Mutuelle  
66 rue du Maine - 75014 PARIS

## Communiquer avec votre mutuelle



### Par téléphone

Du Lundi au Vendredi de 9h à 17h

**0 969 32 37 37** Service gratuit  
+ prix appel



### Par Internet

24h/24 et 7j/7

[adh.energiemutuelle.fr](http://adh.energiemutuelle.fr)



Effectuez votre demande de prise en charge hospitalière directement depuis votre espace adhérent.

Téléchargez notre application mobile Energie Mutuelle



Gestion de votre contrat certifié iso 9001 : 2015



**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 Complémentaire Santé 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 dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaire 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

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Forfait journalier, Forfait Patient Urgence, Chambre particulière (complète, ambulatoire, maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoire, Analyses hors nomenclature, frais de transport, Médicaments sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, 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 (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles refusées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables, Chirurgie corrective non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Couronne ou stellite provisoire, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical – Appareillage** : Orthopédie et prothèse médicale, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale
- ✓ **Aide auditive** : Équipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien)
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

### 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)
- ✗ 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

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 34 € par séance (12 séances par année civile)
- ! **Implant ou couronne sur implant dentaire** : maximum 5 par année civile
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel
- ! **Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale** : sur frais réels limités à 500€ par année civile



## Où suis-je couvert ?

- ✓ 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

#### A la souscription du contrat :

- Membres participants, ex-agent des IEG, ayants droit d'un agent actif ou d'un agent retraité des IEG ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des IEG (CCAS) ou conjoints ou veuf(ves) actifs ou retraités, et ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Électriques et Gazières, et pour lesquels Energie Mutuelle intervient comme premier régime complémentaire au régime de Sécurité Sociale
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle
- 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, 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 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<sup>er</sup> jour du mois en cours à réception du dossier complet, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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
- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion et/ou demander la radiation d'un de ses ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande de résiliation par tous moyens contractuels au moins 2 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 suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur

### **INFORMATIONS PRÉALABLES**

*Cette étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil en application de l'article L.521-4 du Code des assurances, est nécessaire et obligatoire :*

- *Pour vous permettre de mieux nous connaître ;*
- *Pour nous assurer de part et d'autre que vos besoins et objectifs ont bien été pris en compte.*

### **VOTRE SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE**

Civilité : M.      Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M      F

Adresse :

Code postal :

Ville :

e-mail :

Situation familiale : Marié(e)

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Concubin

Nombre d'enfants à charge fiscale :

Régime Sécurité sociale :

Vos contrats Energie Mutuelle :

Profession :

### **VOS BESOINS**

*La présente étude personnalisée a pour objectif de définir de façon claire et précise vos besoins afin de vous proposer le(s) contrat(s) le/les mieux adapté(s) à votre situation et besoin de couverture.*

*Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre/vos contrat(s) garanties.*

*Vous nous consultez pour bénéficier d'un contrat de santé afin d'améliorer le remboursement de vos frais de santé.*

Vos souhaits de garanties sont les suivants :

▪ **Quel est votre besoin en couverture santé ?**

Exprimé sur la « force » du besoin de 1 étoile à 5 étoiles : 1 = besoin le moins important  
5 = besoin le plus important

HOSPITALISATION :

CONSULTATIONS :

OPTIQUE :

DENTAIRE :

▪ **Avez-vous un besoin particulier en matière de Dépendance / Perte d'Autonomie ?**

Oui

Non

▪ **Qui souhaiteriez-vous assurer ?**

Vous seul

Toute la famille

**VOS CONSEILLERS DISTRIBUTEURS**

Energie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro SIREN 419 049 499, dont le siège social est sis 66 avenue du Maine - 75014 PARIS agissant en qualité d'assureur.

Les conseillers d'Energie Mutuelle chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe et d'une partie variable le cas échéant.

**NOTRE PRÉCONISATION**

Pour répondre au plus près de vos besoins en l'état des informations fournies par vos soins, notamment quant à votre situation personnelle et familiale et des besoins de couverture d'assurance que vous avez exprimés et repris dans la présente fiche d'information et conseil, nous vous préconisons d'adhérer au contrat suivant :

→

*En cas de réclamation, vous pouvez contacter dans un premier temps votre interlocuteur habituel, et, si votre demande ne trouvait pas satisfaction, la réclamation pourra alors être transmise au service Réclamation Energie Mutuelle, 4 rue Fulton, 49000 ANGERS, ou par courrier électronique à l'adresse mail suivante : [reclamation@energiemutuelle.com](mailto:reclamation@energiemutuelle.com)*

*En cas de persistance de votre réclamation après son traitement par le service Réclamation, vous pouvez vous adresser au médiateur de la consommation de la Mutualité Française pour les litiges qui relèvent de sa compétence, à l'adresse suivante : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr), ou bien, par courrier à Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française, FNMF – 255 rue de Vaugirard, 75019 PARIS Cedex 15.*

## **VOS DÉCLARATIONS**

Je reconnais avoir pris connaissance et conservé un exemplaire de la présente fiche d'information et de conseil dont j'atteste l'exactitude du contenu quant aux informations communiquées par mes soins. J'atteste par la présente avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.

J'atteste également qu'un exemplaire du/des documents standardisés d'information sur les contrats (IPID) et un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du/de(s) contrat(s) m'ont été remis préalablement à ma signature de la/de(s) demande(s) d'adhésion au(x) contrat(s) ci-dessus proposé(s).

Je reconnais que les préconisations formulées par le conseiller quant au(x) contrat(s) et garanties préconisées sont adaptées aux besoins d'assurance que j'ai exprimé dans la présente étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil.

## **SIGNATURE**

Fait, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Vous (nom, prénom)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### **Protection des données**

*En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectés que :*

*Energie Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par courriel à l'adresse suivante : [correspondant.dpo@energiemutuelle.fr](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr) ou par courrier : Energie Mutuelle, Correspondant Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton – 49000 ANGERS.*

*De ce fait, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post mortem. Vous possédez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motif légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est exercée de manière ciblée.*

*Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.*

*J'accepte de recevoir des informations concernant les offres de produits et services de Energie Mutuelle.*

*La liste des oppositions au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.*

*Pour plus d'informations : [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)*