

Quoi de neuf en 2025

Les évolutions au 1^{er} janvier 2025

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




**Notre énergie
c'est votre sourire**

Quoi de neuf en 2025 ?



Sommaire

Cliquez sur la rubrique de votre choix pour y accéder directement.
L'icône  permet de revenir au sommaire.

1

**PLFSS 2025
et impacts pour
les complémentaires
santé**



2

**Les offres
d'Énergie mutuelle**

3

**Évolutions
des prestations**

3_A

Évolution du règlement
mutualiste

4

**Évolutions
des cotisations**

5

**Être couvert
en inactivité
ou en retraite**

5_A

Bien préparer sa retraite
Questions - réponses

5_B

CSM Evin

6

**Les services
d'Énergie
mutuelle**

6_A

Votre espace personnel
et mon appli mobile

6_B

Gestion de mes
remboursements

6_C

Le tiers payant

6_D

Des services
à chaque situation

6_E

Kalixia

6_F

Deuxième Avis

6_G

Visible Patient

6_H

Action sociale

7

**Rapport d'activité
Énergie mutuelle**



**FOCUS SUR
Nouvelle offre
Énergie 1234**



1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie

L'essentiel du projet de Loi au 26 novembre 2024

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 s'inscrit dans une période compliquée :

- nouvelle législature depuis le 18 juillet 2024 ;
- un niveau d'activité qui reprend progressivement sous l'effet notamment de l'organisation des Jeux Olympiques et Paralympiques ;
- une inflation qui ralentit excepté dans le secteur des services ;
- un ralentissement du pouvoir d'achat ;
- une explosion du déficit public en raison de la faiblesse des recettes : 5,8 % en 2024 et une dette qui devrait s'élever à 112,4 % du PIB.

Perspectives financières et économies

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 prévoit un déficit des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 18 milliards d'euros pour 2024 contre 11 milliards d'euros en 2023.

Pour 2025 l'exécutif affiche un objectif d'ajustement des finances publiques de 60 milliards d'euros pour 2025 et envisage de ramener ce déficit à 6,1 % du PIB en 2024 et 5 % en 2025.

40 milliards d'euros d'économies ont été annoncés pour 2025 dont 15 milliards d'euros d'efforts portés par la Sécurité Sociale.

Ces économies devraient être complétées par une hausse des recettes de l'ordre de 20 milliards d'euros (mesures envisagées dans *Projet Loi de Finances*) et pour partie au bénéfice de la Sécurité Sociale de l'ordre de ±8 milliards d'euros.

L'objectif est de contenir le déficit des régimes de bases et du FSV à 16 milliards d'euros l'année prochaine. Cependant ces mesures ont un caractère précaire et vont laisser place à une remontée du déficit pour les années suivantes, selon les prévisions du Bipe.

L'Ondam fixé à 3,5 % en 2024 atteindra finalement près de 4 % par rapport à 2023 (hors dépenses en lien avec la crise sanitaire).

Pour 2025, l'Ondam sera fortement contraint compte tenu de la situation financière des comptes de la Nation pour se limiter à +2,8 %. Compte tenu de l'inflation, cela représente un montant supplémentaire de 7,8 milliards d'euros.

Tableau : Détail par sous-objectif

% de progression par rapport à l'Ondam rectifié 2024* et à périmètre constant	Taux d'évolution des sous-Ondam
ONDAM Total	2,8 %
Dépenses de soins de ville	2,0 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	3,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	6 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	3,3 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	-0,5 %
Autres prises en charge	10,2 %

* Soit 256,1 Md€ à périmètre courant

Évolution des principaux agrégats macroéconomiques sous-jacents au PLFSS

Solde (Md€)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
IPC hors-tabac	0,9%	0,2%	1,6%	5,3%	4,8%	2,0%	1,8%
Progression du PIB (volume)	2,0%	-7,4%	6,9%	2,6%	0,9%	1,1%	1,1%
Progression de l'Ondam (constant) *	2,7%	9,5%	9,4%	3,0%	0,2%	3,3%	2,8%
Ondam, périmètre courant (Md€)	200,3	219,4	240,1	247,2	247,8	256,1	263,9
Ondam, en % du PIB	8,2%	9,3%	9,5%	9,1%	8,8%	8,8%	8,8%

* L'Ondam 2025 intègre une mesure de périmètre entrante à hauteur de 0,6 Md€ au titre de la fusion des sections "soins" et "dépendance"

Priorités du PLFSS 2025

Poursuivre la dynamique sur le renforcement de l'accès aux soins

Afin de garantir l'effectivité de l'accès aux soins, l'accent est mis sur une action autour de cinq priorités.

1. Améliorer l'organisation du système de santé.
2. Assurer le financement de celui-ci.
3. Renforcer nos politiques en matière de psychiatrie et santé mentale.
4. Travailler à l'attractivité des métiers.
5. Accompagner les innovations.

Tout d'abord, l'amélioration de l'organisation du système de santé passera par un renforcement du rôle du médecin traitant grâce à l'augmentation de la consultation à 30 € dès le mois de décembre 2024.

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie

De même, le suivi de l'enfant sera amélioré grâce à une évolution du calendrier des examens obligatoires et une refonte du carnet de santé.

Ensuite, l'attractivité des métiers passera par celle des lieux d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluriprofessionnelles seront à nouveau développées en 2025

Enfin, la stratégie de l'« aller-vers » sera poursuivie en direction des populations des territoires sous-denses via une stratégie de soins itinérante (notamment grâce au développement de la télé-médecine ou encore au développement des « medicobus ») et de celle des publics précaires, les plus éloignés du soin.



Renforcer les soins palliatifs grâce à la mise en place effective d'une nouvelle stratégie pour les dix années à venir.

Le PLFSS 2025 permettra de consacrer 100 M€ aux soins palliatifs, première étape de la concrétisation de la stratégie décennale en faveur des soins palliatifs.

En particulier, des crédits seront destinés à améliorer l'offre de soins palliatifs sur tout le territoire et pour toutes les catégories de patients. Parmi les principaux dispositifs figurent :

- la création d'une unité de soins palliatifs pédiatriques par région d'ici 2034 ;
- l'accès à une unité de soins palliatifs assuré sur tout le territoire d'ici la fin de l'année 2025 ;
- le développement d'équipes mobiles de soins palliatifs ;
- la mise en place d'équipes rapides d'intervention en hospitalisation à domicile.

Améliorer la prise en charge des problèmes de santé mentale, déclarée grande cause nationale

Dans le cadre de l'Ondam 2025, l'offre destinée à des publics spécifiques sera améliorée.

Sera facilité le recours à une prise en charge par des psychologues conventionnés grâce à une évolution du dispositif MonSoutienPsy avec la fin de l'adressage préalable et donc un accès direct pour les patients. De même, le tarif des séances sera revalorisé (porté à 50 € depuis le 24 juin 2024) et une augmentation du nombre de séances sera prise en charge lors d'une année civile (de 8 à 12).

De plus, certaines spécialités médicales (pédiatres et psychiatres) seront revalorisées dans le cadre de la convention médicale.

Par ailleurs, s'agissant des mineurs, ils bénéficieront du dispositif de prévention du suicide (VIGILANS) auparavant destiné uniquement aux adultes.

S'agissant des personnes précaires, plus éloignées des soins, surtout de psychiatrie, elles seront bénéficiaires du renforcement des équipes mobiles précarité-psychiatrie.

Enfin, pour que les pratiques répondent effectivement aux besoins et aux attentes des patients, le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) sera abondé pour financer de nouveaux projets en 2025 visant à encourager les prises en charges innovantes.

Poursuivre la stratégie de développement de la prévention pour améliorer la santé de tous

Au vu des défis démographiques et climatiques auxquels doit faire face le système de santé, l'investissement en matière de prévention doit permettre de limiter l'apparition des maladies et préserver en conséquence le système de santé en évitant sa saturation.

En 2025, cet investissement se traduira d'une part par la généralisation de « **Mon Bilan Prévention** » pour 21 millions de nos concitoyens, avec quatre temps dédiés à la prévention aux âges clé de la vie.

D'autre part, la campagne de vaccination contre les infections au papillomavirus en collège pour les élèves de 5^e sera reconduite.

Enfin, les dépenses des agences régionales de santé (ARS) seront augmentées de plus de 10 % par rapport à la LFSS 2024 afin d'assurer l'accompagnement des acteurs sur le territoire, notamment sur ces mesures.

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie



Agir en faveur de l'hôpital et de l'accès aux médicaments et produits de santé

Une réforme de cette activité a été menée en 2022. Elle doit garantir une meilleure répartition de cette activité sur le territoire ainsi qu'une hausse des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

Faciliter la gestion des ressources humaines dans les établissements. Le plafonnement du montant des rémunérations versées par les établissements publics sanitaires et médico-sociaux aux professionnels de santé non-médicaux intérimaires permettra d'éviter les comportements de type « mercenaires » qui déstabilisent les collectifs de travail et pèsent sur les ressources des hôpitaux.

Cette mesure consiste à étendre le dispositif déjà prévu pour les personnels médicaux aux autres professions de santé, et en particulier aux infirmiers et infirmiers spécialisés ainsi qu'aux aides-soignants.

Poursuivre la lutte contre les pénuries des produits de santé Afin de garantir la disponibilité des médicaments tout en asseyant une stratégie de relocalisation industrielle de certaines molécules essentielles, une feuille de route ambitieuse a été arrêtée en février 2024 pour les trois années à venir. Le PLFSS 2025 s'inscrit dans cette continuité. Il vient notamment compléter et renforcer l'activation de leviers d'épargne déjà actés par le législateur, en rendant le recours possible à la dispensation à l'unité et à l'obligation d'ordonnance conditionnelle pour certains médicaments soumis à une forte saisonnalité (comme les antibiotiques en hiver). Il permet également au pharmacien de remplacer un médicament par un autre en cas de risque de rupture.

Le PLFSS prévoit par ailleurs la possibilité de recourir à un financement dérogatoire pour des dispositifs médicaux utilisés en alternative à un dispositif médical en rupture d'approvisionnement.

Enfin, il facilite le recours à des procédures d'achats publics français et européens en articulant ces procédures avec le régime de droit commun.

Mobiliser l'ensemble des acteurs dans la recherche de plus d'efficacité et de pertinence du système de soins

Les dépenses de santé progressent beaucoup plus vite que la richesse nationale.

Dans l'objectif d'assurer la soutenabilité de notre système de soins et dans le contexte budgétaire actuel, la recherche d'une meilleure maîtrise des dépenses continue d'être nécessaire.

Plusieurs mesures d'efficacité et de régulation sont portées dans le PLFSS.

En premier lieu, pour renforcer le dialogue conventionnel et éviter les mesures unilatérales de baisses des tarifs, le PLFSS permet d'organiser la coconstruction d'accords tarifaires entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé dans les domaines de l'imagerie et de la biologie.

En second lieu, le PLFSS porte une mesure d'amélioration de l'efficacité des transports de patients, dans un contexte où la croissance des dépenses de transports remboursés par l'Assurance Maladie. Une plus grande pertinence dans les prescriptions de transports sera recherchée de même qu'une harmonisation des tarifs entre les différents transporteurs pour un même trajet.

En troisième lieu, ce PLFSS élargit un dispositif d'accompagnement des prescripteurs créé dans le précédent PLFSS. Cet accompagnement permet de s'assurer a priori de la pertinence de certaines prescriptions. Ainsi, le prescripteur sera immédiatement informé si une prescription n'est pas conforme et elle ne pourra pas être remboursée.

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie

Enfin, le PLFSS 2025 participe à assurer une meilleure pertinence dans la prise en charge des dispositifs médicaux attestant d'une utilisation effective par le patient, en conditionnant la prise en charge de dispositifs médicaux à la remontée de données. Par ailleurs, cette mesure contribue à la lutte contre les gaspillages et à la préservation de l'environnement en évitant la mise à disposition de consommables non utilisés ou non pertinents.

Simplifier le mode de calcul de la clause de sauvegarde pour le secteur des médicaments

En 2025, pour le secteur des médicaments, le mécanisme de calcul de la clause de sauvegarde sera simplifié et clarifié. Pour mémoire, la clause de sauvegarde vise à réguler les dépenses attribuables aux produits de santé, en responsabilisant collectivement les entreprises sur le montant des dépenses que leur activité occasionne pour l'Assurance Maladie.

Ainsi, dès lors que les dépenses en produits de santé de l'ensemble des laboratoires dépassent un montant fixé par la loi, une contribution est appelée auprès des entreprises du secteur. Cette contribution a donc la particularité de se déclencher à partir d'une assiette collective. La mesure portée en 2025 s'appuie sur la réforme de l'assiette de calcul qui sera fondée sur des dépenses en montants remboursés, et non plus en chiffre d'affaires. Cette évolution permet notamment d'alléger les procédures administratives et de donner davantage de visibilité aux différents acteurs sur le calendrier d'appel de la clause de sauvegarde. Cette volonté de prévisibilité est également symbolisée par le montant de la clause de sauvegarde qui suit la dynamique des deux précédentes années.

Conforter et concrétiser le nouveau service public de la petite enfance pour faciliter l'accès des familles aux modes d'accueil du jeune enfant impulser une nouvelle dynamique partenariale de déploiement du service public de la petite enfance

Dans la lignée des travaux publics conduits depuis la commission des « 1 000 premiers jours », le soutien au développement des jeunes enfants et la réponse aux besoins de leurs parents est une priorité dans le PLFSS.

Si cette politique s'inscrit dans la continuité des réformes engagées ces dernières années pour résoudre les tensions d'accès à l'offre d'accueil, elle porte une avancée majeure avec la création d'un service public de la petite enfance (SPPE) au 1^{er} janvier 2025. Le SPPE doit permettre d'accroître et diversifier l'offre à destination des familles pour mieux répondre à leurs besoins et leur faciliter l'accès à un mode d'accueil. En plus de cet accroissement quantitatif, dans le cadre d'un maillage territorial adapté, le SPPE doit également garantir la qualité de l'accueil du jeune enfant et sa sécurité.

La concrétisation du service public de la petite enfance en 2025 se fera grâce à l'engagement des communes dans le cadre de leurs nouvelles compétences d'autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant et de l'accompagnement des parents. Les communes bénéficieront du soutien de la sécurité sociale et de l'État pour accompagner les familles ayant des enfants de moins de trois ans, planifier l'offre au regard des besoins et en soutenir la qualité. En complément d'un nouvel accompagnement financier de l'État déployé en 2025 pour permettre aux communes d'impulser une nouvelle dynamique sur l'offre d'accueil, les engagements financiers pris dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) seront mis en œuvre.





1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie

Concrétiser le soutien aux familles monoparentales et aux familles modestes en renforçant les aides financières dédiées à la garde d'enfant

Le PLFSS 2025 porte une attention particulière aux familles monoparentales qui affrontent plus souvent des difficultés financières et de conciliation de leur vie privée et professionnelle. À partir de 2025 et en accord avec les engagements pris, la branche famille financera l'entrée en vigueur d'une réforme du complément de libre-choix du mode de garde qui permettra aux familles monoparentales d'en bénéficier jusqu'aux 12 ans de l'enfant, contre six ans actuellement. Cet accès facilité à un mode de garde formel permettra aux parents qui élèvent seuls leurs enfants, le plus souvent des femmes, de concilier leurs différents temps de vie, de favoriser leur accès ou leur maintien dans l'emploi mais également de prendre des temps de répit bénéfiques à leur propre santé et à la qualité du lien parental.

Enfin, et afin de mettre fin aux inégalités entre les modes d'accueil et renforcer la liberté de choix des familles, la branche financera la réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » afin de rendre l'accueil par un assistant maternel aussi accessible financièrement que la crèche et d'harmoniser les restes à charge entre ces deux modes d'accueil.

Poursuivre l'adaptation aux évolutions démographiques et amplifier les engagements pour le soutien à l'autonomie et l'inclusion de tous

Le PLFSS 2025 prévoit de conforter et amplifier la trajectoire de hausse des moyens alloués par la sécurité sociale à l'autonomie, en soutenant deux chantiers prioritaires :

- le renforcement de l'attractivité des métiers
- l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins démographiques croissants et à l'inclusion de tous.

Les dépenses de la branche autonomie progresseront ainsi de 2,4 Md€ (1,8 Md€ à périmètre courant) pour totaliser 42,4 Md€, soit une hausse de plus de 50 % par rapport aux moyens consacrés à cette politique en 2019, avant la création de la branche.

Plus d'infos sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024



1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

1,1 milliard d'euros transféré aux complémentaires santé

C'est le cumul des mesures qui constituera ce transfert sans précédent sans compter de futures réformes non votées telles que :

- L'augmentation du ticket modérateur de 70% à 60% des consultations de médecins et de sage-femmes qui entrerait au 1er janvier 2025 ;
- La réforme de la prise en charge des affections de longue durée (ALD) qui viserait à **réduire les dépenses sur les soins qui ne sont pas directement liés à une pathologie éligible**. Les ALD représentent près de 20 % des assurés mais plus de la moitié sur les plus de 70 ans.

Le tableau ci-dessous synthétise les précédentes mesures dont les effets s'étalent parfois sur plusieurs années. Ce transfert n'inclut pas l'éventuelle baisse du taux de remboursement des médicaments et des produits pharmaceutiques.

	Mesure	entrée en vigueur	2025 (en M€)	2025 revu M€	
Transfert AMO-AMC	Augmentation du TM dentaire (LFSS 2023)	15/10/2023			
	TM sur les tests COVID	01/03/2023			
Conventions	Revalo. des consultations +1,5€ (règlement arbitral)	01/11/2023			
	Impact de convention médicale +3,5€	2025-2026	300	300	
	Convention dentaire (prévention et revalorisation)	2024-2028	117	117	
	Autres négociations (pharmaciens, sage-femmes)	2023-2024			
	Négociation conventions kiné (paramédicaux)	2024-2025	50	50	
	Economies biologie/laboratoire	01/03/2023			
	Economies radiologie	07/2023-03/2024			
	Transports hospitaliers	11/2023-08/2023			
	100% Santé	Fauteuils roulants (LFSS 2023)	2025 ?	40	40
		Prothèses capillaires (LFSS 2023)	2025 ?	10	10
Télésurveillance		01/07/2023			
Hausse du TM TNJP		01/03/2023			
Divers	Lutte contre la précarité menstruelle (PLFSS)	01/09/2024 ?	40	40	
	Mon Soutien Psy	15/06/2024	23	23	
	Futures réformes non votées ⁽¹⁾	2025	500	1 000	
TOTAL hors réforme des retraites (individuel)			1 080	1 580	

AMO : Assurance Maladie Obligatoire
 AMC : Assurance Maladie Complémentaire

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

En détail, les points impactants les complémentaires santé :

Convention médicale 2024-2029 :

Nouvelle convention signée le 04/06/24

- Dès le 22 décembre 2024 : consultation à 30 euros (+3,5€) pour les généralistes.
- Une consultation longue à 60 € par un médecin traitant pour > 80 ans en 2026.
- Décembre 2024 et juillet 2025 : revalorisations ciblées (pédiatres, psychiatres, gériatres, praticiens MPR, gynécologues médicaux et endocrinologues) et avis ponctuel de consultant [APC] sur certaines consultations.
- Forfait médecin traitant (332 M€ de contribution annuelle des OCAM en 2023) : revalorisé et individualisé en 2025.
- Refonte des actes techniques médicaux en 2026.

Un GT conventionnel destiné à examiner les évolutions possibles des modalités de participation des OCAM au financement du forfait MT.

→ **Impact global CS⁽¹⁾ de la convention : 300 M€ en 2024-2026 dont 255 M€ en 2025**

Convention dentaire 2024-2028

Depuis le 25 février 2024. Soins conservateurs revalorisés de 30 % pour les patients de 3 à 24 ans. En 2025 : +4% pour l'ensemble des SC.

→ **Impact prévu de 100 M€ en 2025 pour les CS** (au-delà du transfert de charges) et 230 M€ au global, officiellement, et certainement plus sachant l'effet des prothèses en zircone à compter de 2026.

1^{er} avenant signé le 4 juillet 2024, pour étendre la cohorte de la génération sans carie : extension du dispositif aux 0-3 ans. Le remboursement de la pose du vernis fluoré se fera comme pour les soins dentaires classiques.

→ **Un faible impact supplémentaire en 2025**

Pharmacie – convention 2024-2029 :

- L'honoraire de dispensation (HDR) augmente de +20 % : +10 cts dès janvier 2025 (0,61 euro TTC), négociations en 2026 pour +0,05 ct en 2027. 2026 : revalorisation de +10 cts de l'honoraire à l'âge.
- Rémunérations forfaitaires nouvelles pour favoriser l'utilisation des biosimilaires et hybrides.
- Nouvelles missions de santé publique confiées en 2024 :
 - Délivrance d'antibiotiques après un TROD angine positif ou après un test urinaire positif. Rehaussement des rémunérations des tests : 10 € s'il est négatif et 15 € s'il est positif, au lieu de 5 € → décret paru le 18/06, mise en œuvre au S2, formation à prévoir. L'impact estimé par BDO devrait être progressif et faible.
 - Nouvel accompagnement court pour les patients sous opioïdes (tarification à 5 €).
 - Revalorisation de la vaccination (progressive en 2024-2026).
 - Lutte contre les fraudes.

→ **Impact AMO : 220 M€ d'ici 2027 ; total CS : 50 M€ en 2025**

Transports

- L'avenant 11 des transports privés : revalorisations en 2025 de la tarification d'un transport programmé en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en ambulance (340 M€ pour l'AMO et une estimation de 20 M€ pour les complémentaires pour 2024-25).
- Les revalorisations tarifaires conditionnées à la réalisation de 50 M€ d'économies générées par le transport partagé en 2024, 100 M€ en 2025.

Négociations « flash »

Kinés

Revalorisations de l'avenant 7 en 2025 (+0,6 pt pour les actes cotés AMS 7,5 dès juillet 2025 + indemnités de déplacement.)

→ **Impact de 100 M€ en 2025.**

(1) Complémentaire Santé

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

Une proposition de loi de septembre 2024 envisage d'élargir le droit de prescription, leur permettant de prescrire certains médicaments, actes d'imagerie et arrêts maladie de courte durée. Le Premier ministre souhaite développer l'accès aux soins.

Infirmiers

- Une « loi infirmière » figure parmi les grands chantiers du gouvernement pour 2025, elle pourrait acter les nouvelles missions d'accès direct.
- Des discussions pour une revalorisation des lettres-clés pourraient se tenir au début de l'année prochaine.
- L'Assurance Maladie est prête à revoir la rémunération forfaitaire pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
- Depuis le 26 mai 2024, un arrêté autorise médecins, sage-femmes, pharmaciens et infirmiers à réaliser des TROD Covid/grippe/VRS.

→ **Faible impact en 2024**

Forfaits « Mon soutien psy » – renforcement depuis le 15/06/24

Le tarif de remboursement passe de 30 à 50 € et nombre de consultations de 8 à 12 /an, un accès direct au psychologue : un impact annuel de +15 M€ (+ 6 M€ en 2025)

- Bilan avril 22 – octobre 24 : 381 000 patients ont bénéficié de « Mon soutien psy » ; depuis juin 2024 : 500 nouveaux psy/mois, 3 550 psychologues conventionnés à date.
- En janvier – août 2024, croissance de +40% du TM, en incluant les 2 premiers mois du nouveau tarif.

Biologie – Avenant 12

- Baisse de tarifs des actes. Signature du protocole 2024-2026 fin juillet 2023 : une hausse des dépenses plafonnée à 0,4%/an. PLFSS 2024 : des baisses de prix de l'ordre de 150 M€ ; avenant décembre 2023 : baisse de la lettre clé B depuis le 15/01/24.
- De nouvelles baisses tarifaires sont entrées en vigueur le 11 septembre 2024 et sont contestées, suite à l'envolée des prescriptions d'analyses de biologie (+120 M€ de baisses de prix en 2024, 250 M€ au total 2024). En 2025 : les baisses devraient se poursuivre, de l'ordre de 150 M€.

Radiologie

- Economie de 100 M€ sur l'imagerie médicale en 2024, soit 12 M€ pour les CS. Nouvelle baisse en 2025 : hypothèse de 150 M€.
- Produits de contraste : depuis le 1^{er} mars 2024, ils ne sont plus distribués en pharmacie.

Médicaments

Passage dans le droit commun et vaccination contre la bronchiolite étendue aux praticiens en ville avec le Beyfortus de Sanofi, 595 000 doses sont réservées à la France (402,82 € avec taux AMO de 30 %).

Le vaccin pour femmes enceintes Abrysvo de Pfizer est également pris en charge depuis septembre (196,10 € TTC mais 100 % AMO).

Consultations médecins et sage-femmes

Le PLFSS 2025 envisage un rehaussement du TM de 30 % à 40 %, afin d'économiser, dans le champ ONDAM, 1,1 milliard d'euros en 2025 (350 M€ en 2026). Soit un impact pour les complémentaires santé de l'ordre de près de 1 milliard d'euros en 2025 (et plus de 300 M€ en 2026).

Pharmaciens

- La prescription de vaccins pour les plus de 11 ans est actée depuis août 2023. En 2027, les pharmaciens qui prescrivent et vaccinent pourraient être rémunérés 15 euros par la Sécurité sociale, contre 9,60 euros aujourd'hui.
- Kit colorectal en officine : rehaussement du forfait remise de kit et test depuis janvier 2024 : coût 5 € en tout. Soit un impact de 4 M€ en 2024 pour l'AMC.
- Biosimilaires : la convention médicale souhaite leur développement et l'atteinte de 80 % de pénétration des biosimilaires prescrits par les spécialistes lors de primo prescriptions et de renouvellements. Le PLFSS 2024 (art 25) rend automatique l'inscription des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables par les pharmaciens d'officine deux ans après leur commercialisation : impact plutôt en 2026 pour les CS. Un arrêté d'égalisation de marge des pharmaciens entre les médicaments biosimilaires et hybrides et leurs spécialités de référence est paru. Les substitutions en ophtalmologie – Lucentis et Eylea –, en rhumatologie, en gastro-entérologie et dermatologie sont particulièrement attendues en 2025. Des remises sur les biosimilaires

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

identiques à celles des génériques pourraient être votées dans le cadre du PLFSS 2025.

- Un projet de décret prévoit la possibilité de prescription de substituts nicotiques.

Télésurveillance

- Le 31 décembre 2022, les décrets entérinant l'entrée dans le droit commun de la télésurveillance médicale sont parus au Journal Officiel. Les actes éligibles sont remboursés par le régime obligatoire (RO) à 60 % du forfait, depuis le 1^{er} juillet 2023 : un impact global de 90 M€ mais à priori modéré pour les CS car touchant encore essentiellement des ALD (diabète, maladies du cœur...).
- En 2025 : un élargissement est attendu pour les indications suivantes: ophtalmologie; insuffisance cardiaque sévère et surveillance des personnes âgées polyopathologiques (art. 51 dans le droit commun).

Hôpital

- Tarifs hospitaliers en hausse de +4,3% pour le public et +0,3% pour le privé en 2024. La hausse globale des tarifs 2025 devraient être de l'ordre de +2,8% (même croissance que l'ONDAM).
- Depuis janvier 2024, hausse des tarifs chambres AP/HP : 70 € au lieu de 50€ : impact de 66 M€ pour les CS.

Extension du 100% Santé : attente de précisions

- Aux prothèses capillaires de classe II : mise en œuvre plutôt en 2025 (coût potentiel de 15 M€ pour les CS en année pleine). Une proposition de loi votée en mai à l'AN propose le remboursement des prothèses capillaires de toutes catégories et du renouvellement des prothèses mammaires.
- Aux fauteuils roulants : Sébastien Peytavie, député Générations, a déposé en septembre une proposition de loi sur le remboursement intégral des fauteuils roulants.
 - hausse de la prise en charge par l'AMO et l'AMC précédemment prévue : 300 M€ pour AMO, mais un budget supplémentaire pourrait être demandé.
- A priori les Ocam seront sollicités sur le financement des seuls fauteuils en location : impact de « quelques dizaines de millions euros », mais pas définitif.

→ Impact : estimation BDO de 40 M€ en 2025.

100% Optique : négociations au point mort depuis l'automne 2023. Pour 2025 :

- Des évolutions « assez mineures » sur le panier de soins sont toujours attendues (verres de fortes corrections, verres de freination de la myopie, nouvelles montures... : à négocier).

→ Faible impact (<10M€).

- La mission Sénat plaide pour une évaluation de l'incidence financière du remboursement des montures et des verres tous les trois ans au lieu de deux « sauf évolution de la vue » : une économie potentielle de 600 M€ pour les CS (confirmée par BDO).
- Le décret n° 2024-617 du 27 juin 2024 permet à l'opticien-lunetier d'adapter la prescription de l'ophtalmologiste ou de l'orthoptiste lors de la première délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact.

Protections périodiques réutilisables

La prise en charge spécifique, pour les femmes de moins de 26 ans avec une participation de l'assurée de 40% pouvant être prise en charge par les CS, n'a pas encore été mise en œuvre en 2024.

→ Un impact potentiel de plus de 100 M€ en 2025

Transports

Des nouvelles pistes d'économies sont à explorer au-delà du transport partagé ; pouvant inclure une participation accrue des complémentaires santé. Le gouvernement souhaiterait aussi revoir les règles de conventions entre l'Assurance maladie et les représentants des taxis.

Sport & santé (APA)

- Son développement a été évoqué par le 1^{er} ministre.
- La FFMKR plaide pour un réflexe accru de prescription de l'APA par les médecins et une primo prescription initiale élargie aux kinésithérapeutes (une proposition de loi déposée en septembre en ce sens). Ils suggèrent une APA axée sur la remise en mouvement et réclament une prise en charge qui serait cofinancée par l'AMO et l'AMC.

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

D'autres impacts transversaux pour les complémentaires santé

- **Arrêts maladie** : le gouvernement envisage d'abaisser le plafond d'indemnisation par la Sécurité sociale de 1,8 à 1,4 SMIC, pour économiser environ 600 M€.
 - **Contrats responsables** : des discussions sur une réforme du contrat responsable ont été entamées, le rapport du Sénat préconise de mieux adapter la couverture santé complémentaire aux besoins de chaque assuré et d'exclure du périmètre le remboursement des « médecines douces ».
 - **Dispositifs médicaux** : un récent rapport IGF/IGAS évoque une hausse potentielle du TM : « une augmentation de 10 points pourrait générer 370 M€ d'économies pour l'AM » en 2025. Une franchise de 1 euro pourrait aussi être mise en place sur les dispositifs médicaux.
 - **Maladies chroniques** : l'Assurance Maladie pourrait réduire le coût de la prise en charge, même si cela n'est pas mentionné dans le PLFSS. De plus, dans la convention médicale figure le renforcement du respect de l'ordonnance bizone (12 millions de personnes concernées). L'IGAS et l'IGF évoquent la création d'un ticket modérateur sur les dépenses liées aux ALD.
 - **Le plafond de la Sécurité sociale** a été revalorisé de 5,4 % au 1^{er} janvier 2024. La forte correction du salaire par tête 2023 et la décélération en 2024 limitera le plafond 2025, à 1,6% selon le dernier chiffre de la CCSS⁽¹⁾.
 - **La mission du Sénat sur les CS préconise la mise en place d'une C2S sénior à 2 euros par jour, pour mieux les protéger** : elle pourrait faire l'objet d'un amendement d'appel dans le cadre du PLFSS. Elle préconise aussi de renforcer les mécanismes de « plafonnement » de cotisations pour les personnes âgées.
 - **Effectifs de la Complémentaire Santé Solidaire** : 7,4 M de bénéficiaires en déc. 2023 (+1% comparé à déc. 23) : 5,8 M pour la C2S gratuite et 1,6 M pour la C2S avec participation financière.
 - Des expérimentations probantes de **parcours coordonnés renforcés** (art 51 PLFSS 2024) devraient entrer dans le droit commun en 2024 : des arrêtés prévoient les modalités de prise en charge par l'AMO et le principe d'une participation des OCAM pour chacun.
- **Un faible impact en 2024 jusque 16M€ (à répartir entre AMO et AMC, selon les arrêtés).**
- **Téléconsultation** : suppression du plafonnement à 20 % pour les médecins généralistes, auprès de sa patientèle médecin traitant et pour la télé-expertise (convention médicale). L'acte de télé-expertise est revalorisé passant de 20 à 23 euros à compter du 1^{er} janvier 2026.
 - **Protection sociale complémentaire des fonctionnaires** : entrée en vigueur déjà repoussée d'un an à 2025 et décalage probable à juillet ou septembre 2025.

(1) CCSS : Complémentaire Santé Solidaire



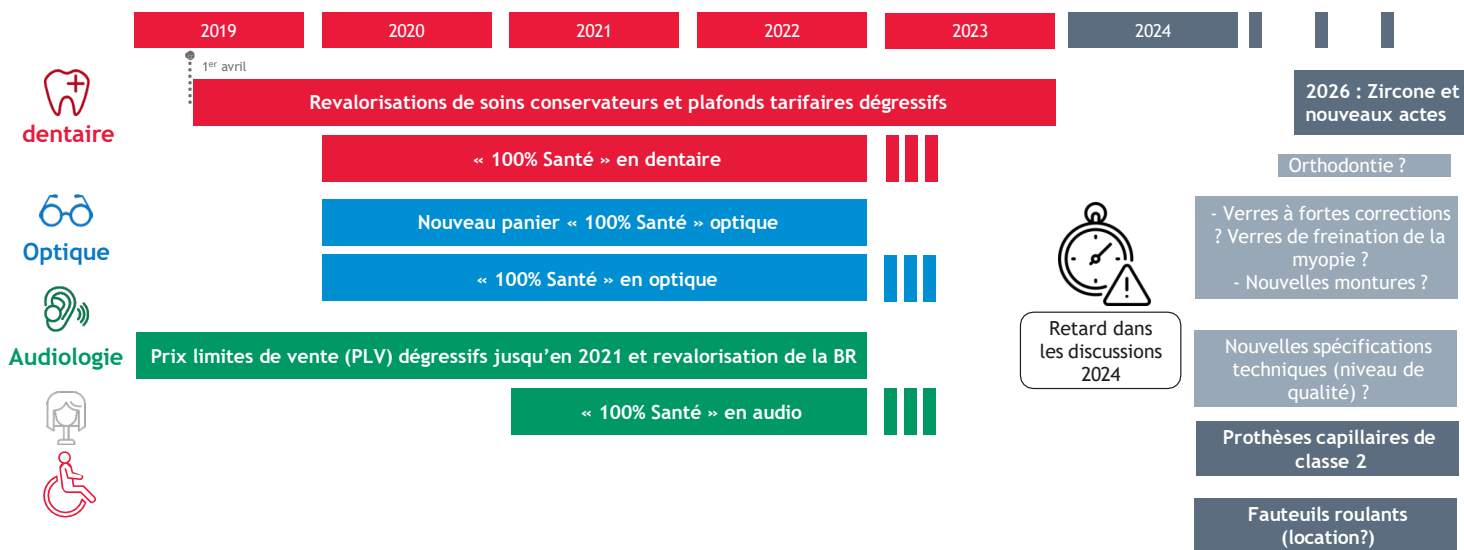
1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

L'impact des mesures du PLFSS 2025 pour les complémentaires santé

Le 100% Santé, un dispositif qui s'étend et pris en charge par les contrats responsables

Vers une croissance tendancielle sur les postes mis en place et un élargissement de l'offre



1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Évolution des comptes sociaux de l'Assurance Maladie

L'ajustement des finances publiques pour 60 milliards d'euros en 2025

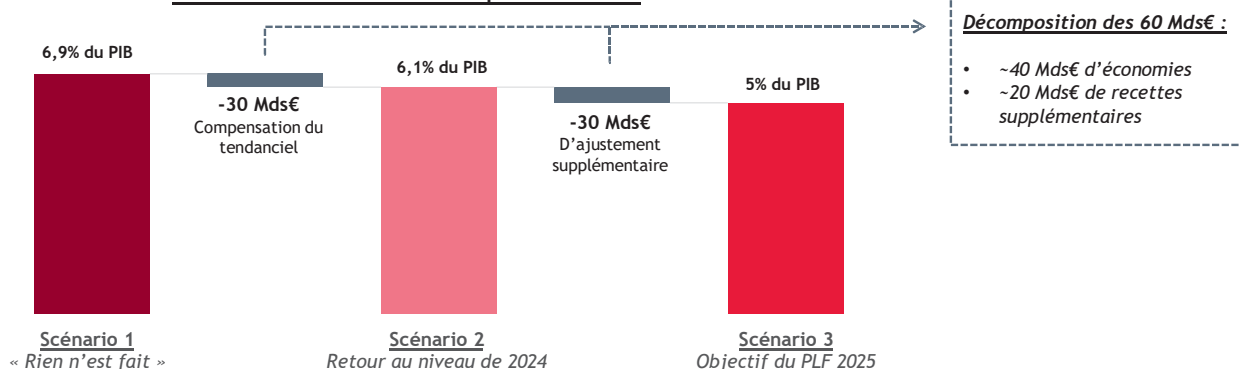
La trajectoire du PLFSS 2025 s'inscrit dans une situation inédite de dérapages des finances publiques.



Objectif fixé

- Ramener le déficit public de 6,1% du PIB en 2024 à 5% du PIB en 2025

Sénarii d'évolution du déficit public en 2025



40 Mds€ d'économies.

Le PLFSS 2025 prévoit de réaliser près de 15 Mds€ portés par la Sécurité sociale.

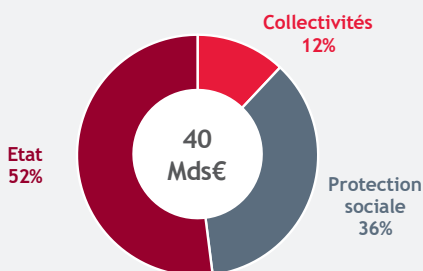


Objectif fixé : réduction des dépenses

- Réaliser 40 Mds€ d'économies sur les dépenses dont environ 15 Mds€ sur la Sécurité sociale
- De telles économies seraient inédites



Leviers d'économies envisagés dans le PLFSS



Rétablissement des comptes de la Sécurité Sociale		Total
Mesures de freinage des dépenses sociales	10,1	14,8 Mds€
Report au 1er juillet de l'indexation des retraites	3,6	
Assurance-chômage	0,4	
Freinage de la trajectoire ONDAM	3,8	
Réduction du déficit de la CNRACL (hausse de 4 points du taux de cotisation retraites, pour les collectivités et les hôpitaux)	2,3	
Réduction de dépenses socio-fiscales profitant aux entreprises :	4,7	
Reprofilage des allègements généraux (dans l'esprit du rapport Bozio-Wasmer)	4,0	
Réduction de niches sociales	0,7	

1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Évolution des comptes sociaux de l'Assurance Maladie

20 Mds€ de recettes supplémentaires pour partie destinées à la Sécurité sociale



Objectif fixé : ressources supplémentaires

- Réaliser 20 Mds€ de prélèvements supplémentaires augmentant entre autres les recettes de la Sécurité Sociale de façon inédite



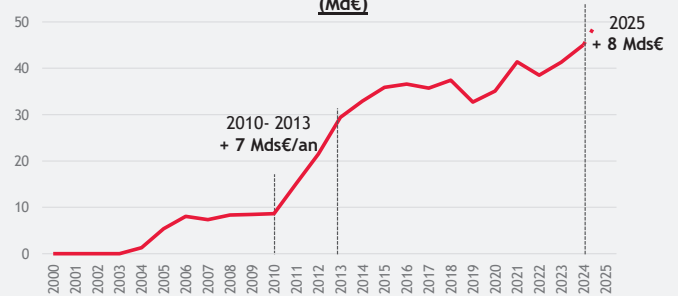
Mesures envisagées dans le PLF

Hausse des recettes 19,3 Mds€	Recette sur les entreprises	13,6
	Mesure de mise à contribution des profits des entreprises	9,8
	Verdissement de la fiscalité	1,8
	Dividendes EDF	2
	Fiscalité sur les particuliers	5,7
	Mesures ciblées pour les particuliers	2,2
	Fiscalité de l'énergie et fiscalité environnementale	3,5



Historique de l'effet des mesures

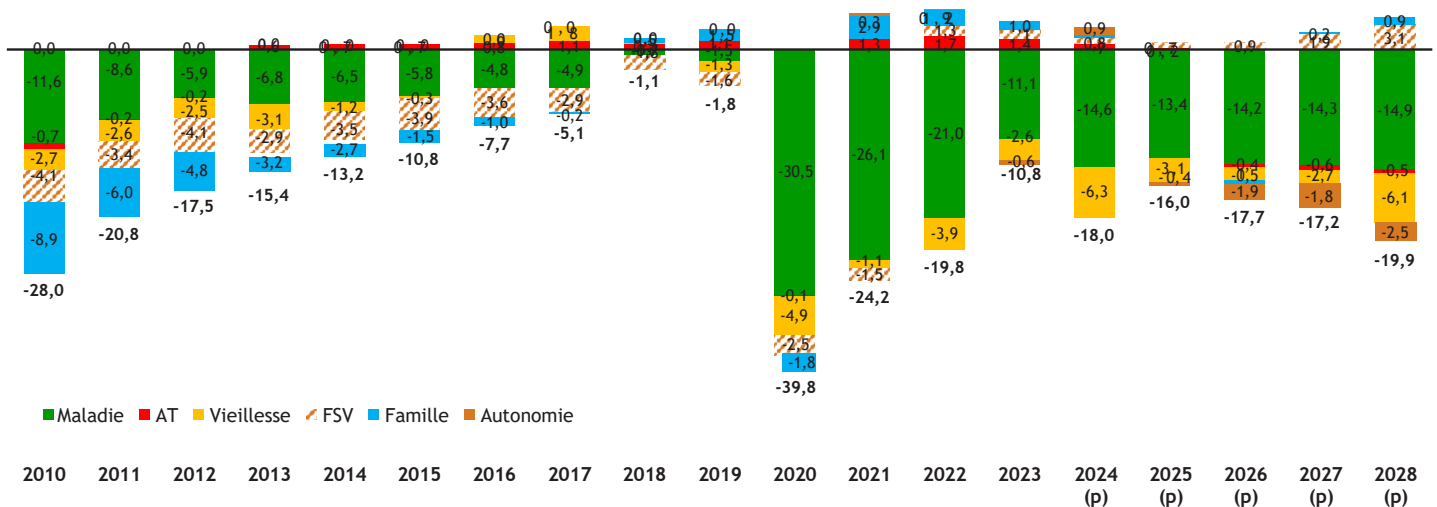
Effets cumulés des mesures sur les recettes de la Sécurité Sociale (Md€)



Source : PLFSS 2025, Cour des comptes 2017, CCSS septembre 2024 et précédentes, hypothèses BDO

Les mesures annoncées devraient permettre un redressement à court terme sans régler la situation financière à moyen terme. Ces mesures ont un caractère précaire et vont laisser place à une remontée du déficit pour les années suivantes, selon les prévisions du Bipe.

Solde 2020-2023 et solde prévisionnel 2024-2028 des régimes de bases + FSV (Mds€)



Source : PLFSS 2025 et rapports CCSS



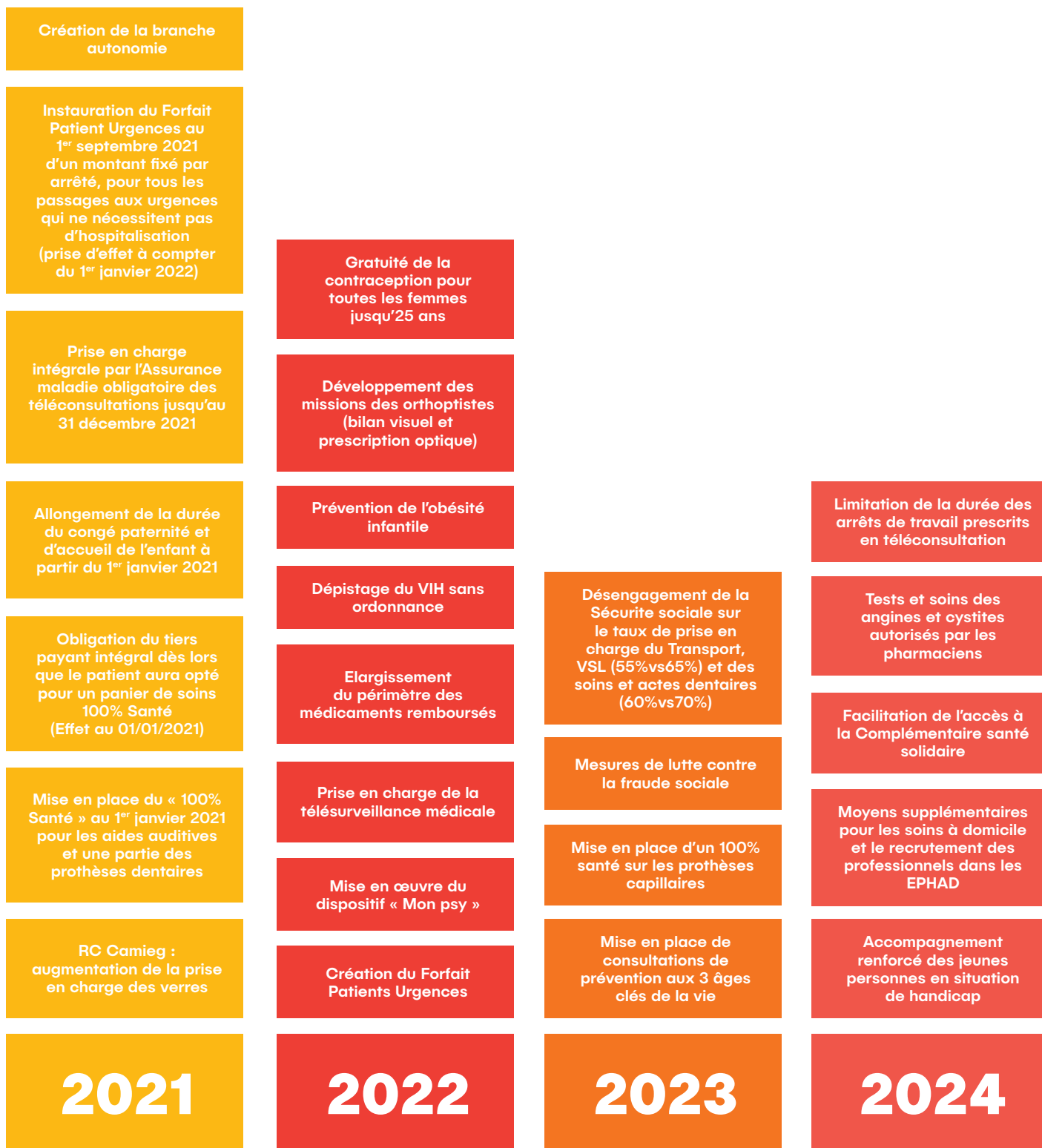
1

PLFSS 2025 et impacts pour les complémentaires santé

Du côté de l'Assurance Maladie

Bref rappel des évolutions de l'Assurance maladie jusqu'à 2023

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





1

Les évolutions réglementaires

Du côté de la Camieg et d'Energie mutuelle

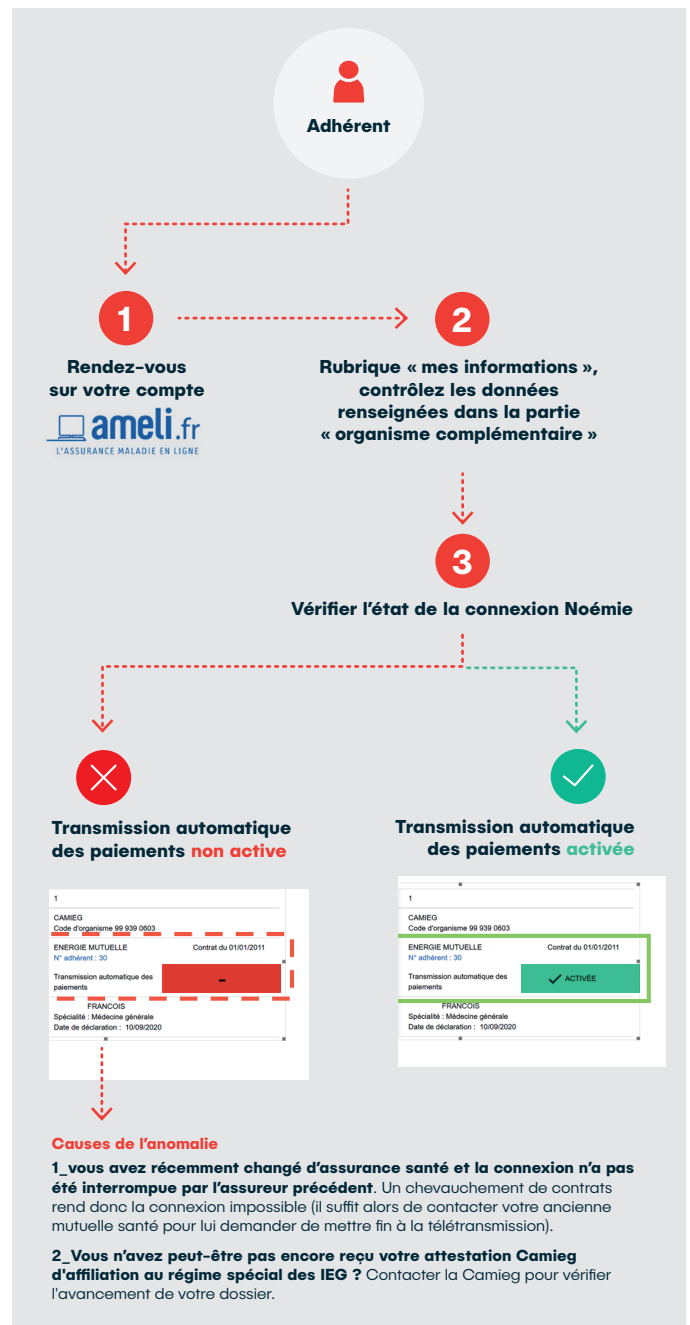
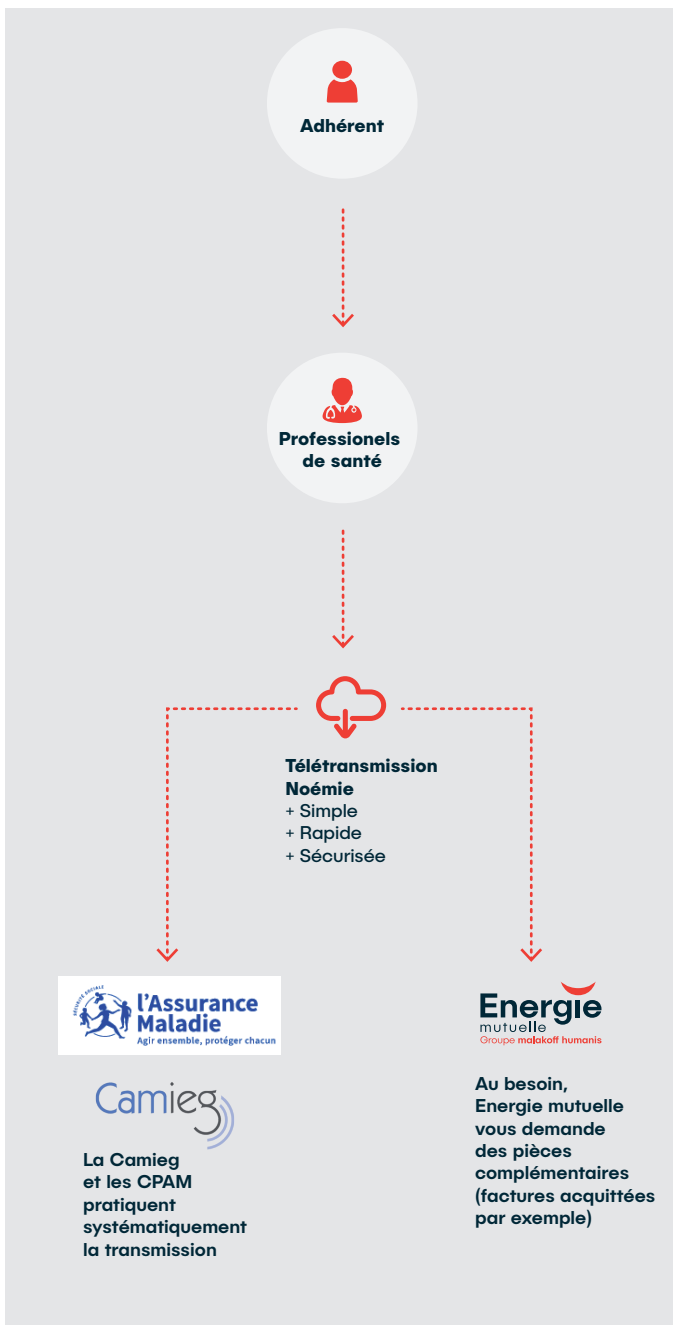
Conseils pratiques pour être remboursé plus rapidement

C'est quoi la télétransmission ?

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

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

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





1

Les évolutions réglementaires

Nouveauté sur le tiers payant au sein des IEG

Nouveau en juin 2025, deux cartes de tiers payant


À partir du 1^{er} juillet 2025, vous disposerez d'une nouvelle carte de tiers payant spécialement dédiée à l'hospitalisation.

Cette mise à jour vous permettra de bénéficier de l'avance des frais pour les garanties complémentaires Camieg et Energie mutuelle. Dans tous les cas, vous restez adhérent à Energie mutuelle. Plus d'info dans l'infographie ci-dessous.




Camieg Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Carte de tiers payant à présenter en établissement hospitalier

Energie Mutuelle


		Droits du au		
DUPONT Alice	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21
DUPONT Jules	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21
DUPONT Clémentine	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21
DUPONT Corentin	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21
DUPONT Clara	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21
DUPONT Charlotte	123456789012345	01/01/01	01/01/21	31/12/21

N° AMC : 419 494 990 Type conv. : VM N° d'adhérent : 30XXXX CSR : - R

CONTACTS

- <https://adh.energiemutuelle.fr>
- Du lundi au vendredi de 9 h à 17 h au 0 969 32 37 37*
- Energie Mutuelle - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

* Service gratuit + prix appel



0019980

À l'hôpital

Seule la carte Camieg est à présenter dans les établissements hospitaliers (hôpitaux ou cliniques) pour toute hospitalisation ou consultation. Elle vous permettra d'éviter d'avancer les frais remboursés par la Camieg et Energie Mutuelle.

Vos bénéficiaires mentionnés sur la carte bénéficient également du tiers payant hospitalier dans les mêmes conditions.

Chez l'opticien et le chirurgien-dentiste*

La carte* Energie Mutuelle est à utiliser exclusivement pour le tiers payant chez l'opticien et le chirurgien-dentiste.

Vos bénéficiaires mentionnés sur la carte bénéficient aussi du tiers payant dans les mêmes conditions.

* selon votre garantie.

1

Les évolutions réglementaires

Le dispositif Mon Psy

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

Le dispositif Mon soutien psy permet à toute personne (dès 3 ans) angoissée, déprimée ou en souffrance psychique, de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec une prise en charge par l'Assurance Maladie.

En fonction de votre état de santé, et en accord avec vous, votre médecin peut vous proposer de suivre jusqu'à 8 séances d'accompagnement psychologique par année civile avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie et partenaire du dispositif.

Combien ça coûte ?

Tarifs des séances des psychologues partenaires :

- 40 € la première séance (évaluation)
- 30 € les séances de suivi

Prise en charge

- 60 % par l'Assurance Maladie
- 40 % par la complémentaire santé ou la mutuelle

Comment s'effectuent les remboursements ?

Envoyez votre feuille de soins et le courrier d'adressage de votre médecin à votre organisme d'Assurance Maladie (après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances).

<https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>



Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site ameli.fr, rubrique séances avec un psychologue



2

Les offres d'Energie mutuelle

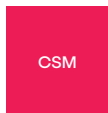
Les garanties santé

Quelle garantie santé pour quelle situation ?

Contrats IEG – Camieg

Collectif

Salariés



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Salariés statutaires des IEG

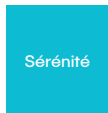


Couverture supplémentaire – Niveau 3

Salariés statutaires de la CCAS des IEG

Individuel

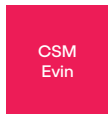
Retraités



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Retraités des IEG

Accessible à tout moment



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Retraités des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Retraités de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Autres



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Garanties fermées à l'adhésion



Couverture supplémentaire – Niveau 3

Médecins des IEG

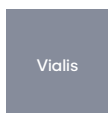
bénéficiant de la Camieg

Renforts

Renforts de remboursement – Niveau 4



Salariés et retraités des IEG couverts par la CSM ou CSM Evin et de la CCAS et les détenteurs du contrat Préférence ou Sérénité ou tout autre personne couverte par un 1er régime complémentaire



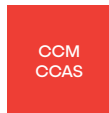
Renfort – Niveau 4

Salariés de l'entreprise Vialis

Contrats hors IEG

Collectif

Salariés



Complémentaire santé – Niveau 2

Salariés non statutaires de la CCAS



Complémentaire santé – Niveau 2

Salariés des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie



Complémentaire santé – Niveau 2

Coopérative Santé Richerand (CSR)

Individuel

Retraités



Complémentaire santé – Niveau 2

Retraités non statutaires de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

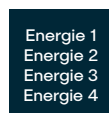


Complémentaire santé – Niveau 2

Retraités des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Tous



Complémentaire santé – Niveau 2

Exterieurs aux IEG accessible à tous



Complémentaire santé – Niveau 2

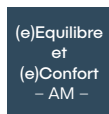
Exterieurs aux IEG accessible à tous



Complémentaire santé – Niveau 2

Exterieurs aux IEG accessible à tous Garantie fermée à l'adhésion

Conjoints



Complémentaire santé – Niveau 2

Conjoints des salariés et des retraités des IEG



Surcomplémentaire santé – Niveau 3

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



3

Les évolutions des prestations

Les mesures générales

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

ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES



Sécurité sociale, Camieg, Energie mutuelle

Augmentation de la participation forfaitaire et des franchises médicales.

Participations forfaitaires : ce qui change au 15 mai

Baisse de la prise en charge par les régimes obligatoires du poste « consultations / visites médecins et Sage-femmes de 70% à 60% ».

Ambulances/VSL

Interdiction de prise en charge dans les contrats responsables de la minoration du remboursement en cas de refus du transport sanitaire partagé.

Psychologie

« Mon Psy » devient « Mon soutien psy »

Accompagnement avec un psychologue conventionné : **Mon soutien psy | ameli.fr | Médecin**

PMSS*

3 925 € pour 2025 (+1,6% vs 2024)

ÉVOLUTIONS GÉNÉRALES ENERGIE MUTUELLE

(hors dispositif CSM et CSM Evin et garanties entreprises)

DÉNOMINATION

- Pôle Emploi remplacé par France Travail.
 - Répertoire ADELI par RPPS (Répertoire Partage des Professionnels de Santé)
- L'ensemble des Professionnels de santé bascule dans ce nouveau répertoire.

PROTECTION DES DONNÉES

Ajout de nouvelles finalités :

- traitement par l'intelligence artificielle afin de lutter contre la fraude,
- accompagnement des personnes dans leur parcours médical ou en situation de fragilités,
- évolution de la présentation de l'article 35 dans le but de faciliter la prise de connaissance du traitement et de la protection des données à caractère personnel.

PERTE D'AUTONOMIE/DEPENDANCE

Les sinistres intervenus pendant la période de suspension des garanties pour non-paiement ne peuvent plus être prise en charge (Art. L.221-7 Code de la mutualité).

Suspension de la cotisation pour les adhérents en situation de GIR 1 ou 2.

ASSISTANCE

Prise en charge de 5 téléconsultations/an 7J/7 de 8h à 20h.



GARANTIES CSM ET CSM EVIN

Hausse des prestations indexées sur le PMSS (Chambre particulières, Implants, gros appareillage, lentilles refusées, parodontologie...)

GARANTIES ENTREPRISES, GARANTIES CSM CCAS, PLÉNITUDE

Hausse des prestations indexées sur le PMSS (Chambre particulières, Implants, gros appareillage, lentilles refusées, parodontologie...)

Compensation de la baisse de la prise en charge par les régimes obligatoires des postes :

Transports, VSL de 65% à 55%

Actes et soins dentaires de 70% à 60%.

Energie mutuelle augmente ses remboursements de à hauteur du désengagement de la Sécurité sociale.

RÉSEAU KALIXIA

Un grand nombre de professionnels de la santé dans le réseau pour bénéficiez d'avantages et de réductions sur présentation de votre carte de tiers payant.

Nombre de partenaires en 2025

6 000 Optique

4 300 Audio

500 Ostéo

*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Mise en conformité législative et réglementaire

1. Changement de nom de Pôle Emploi

Depuis le 1^{er} janvier 2024, Pôle Emploi est rattaché à France Travail. Par conséquent, toutes les dispositions du règlement faisant référence à « Pôle Emploi » sont remplacées par « France Travail ».

ARTICLE 4. Les ayants droit

Les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur propre numéro d'immatriculation Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au **France Travail** s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC.

2. Protection des données à caractère personnel (Article 35)

La clause sur la protection des données est modifiée afin d'ajouter deux nouvelles finalités au traitement des données collectées. Il s'agit de l'utilisation des systèmes d'Intelligence Artificielle pour aider la Mutuelle à détecter des dossiers frauduleux, de la proposition aux membres participants d'un accompagnement sous forme de services ou d'outils en lien avec le parcours médical ou des situations de fragilités.

Il a également été ajouté la possibilité pour le membre participant de donner son consentement ou déclarer son opposition à certains traitements de données et d'indiquer les canaux par lesquels il souhaite être contacté en se rendant sur son Espace Client Particulier.

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Energie Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
Données d'identification Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle	La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'autres organismes du groupe Malakoff Humanis auquel Energie Mutuelle appartient ; L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que l'assuré et ses ayants droit expriment ; La gestion des avis de l'assuré et de ses ayants droit sur les produits, services ou contenus proposés par la Mutuelle ou ses partenaires ;	Les services de Energie Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données Les sous-traitants éventuels Les délégués de gestion	Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction : – des finalités pour lesquelles les données sont collectées – de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat



3_A

Les évolutions du règlement mutualiste pour 2025

Annexe réglementaire

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Energie Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
Données relatives à l'appréciation du risque	<p>L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;</p> <p>L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré, Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.</p> <p>L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;</p> <p>A ce titre, la Mutuelle peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine</p> <p>La proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par le groupe Malakoff Humanis auquel Energie Mutuelle appartient ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités ;</p>	<p>Les réassureurs et coassureurs</p> <p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p>– des obligations légales de Energie Mutuelle</p> <p>– des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation</p>

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Energie Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données de l'assuré et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
	La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et de ses ayants droit.		
Données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit	La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale	Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical du groupe Malakoff Humanis auquel Energie Mutuelle appartient. Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019.	



Les évolutions du règlement mutualiste pour 2025

Annexe réglementaire

3. Augmentation de la participation forfaitaire

Le montant de la participation forfaitaire des assurés sociaux, jusqu'alors fixé à 1 euro a augmenté, à compter du 15 mai 2024, suite à la décision de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) du 21 mars 2024.

Le montant en euro n'est pas repris dans le règlement. Désormais dans le règlement, nous définissons la participation forfaitaire et pour son montant, nous faisons un renvoi vers le site internet de **l'assurance maladie** permet d'en connaître les montants.

4. Augmentation des franchises médicales

Le montant des franchises médicales a doublé au 31 mars 2024, suite au décret n°2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé.

Les montants en euro ne sont plus repris dans le règlement. Désormais dans le règlement, nous définissons la franchise médicale et pour les montants nous faisons un renvoi vers le site internet de **l'assurance maladie**.

5. Évolution du cahier des charges du contrat responsable

Une nouvelle interdiction de prise en charge : le contrat responsable ne prend pas en charge la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, lorsque le patient refuse le transport sanitaire programmé partagé qui lui a été proposé.

ARTICLE 18. Conditions générales

18-1. Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus) ; des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie ;
- la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé ;
- toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics.

De nouvelles obligations de prise en charge : prise en charge du ticket modérateur :

- des protections hygiéniques réutilisables remboursées par la Sécurité sociale,
- des frais de parcours coordonnés pour les enfants en situation de handicap de moins de 6 ans,
- des frais de parcours coordonné renforcés (impliquant plusieurs professionnels de santé).

Ces dispositions sont intégrées nativement dans les obligations du contrat responsable.



Les évolutions du règlement mutualiste pour 2025

Annexe réglementaire

6. Changement de nom du dispositif « Mon psy » (Article 21-5)

Le dispositif « Mon Psy » évoqué au règlement change de nom et devient « Mon soutien psy ». Des modifications du dispositif sont parues au Journal Officiel du 24 juin 2024 : augmentation du tarif des séances prises en charge à 50 € et de leur nombre qui passe à 12 maximum.

21-5. Le remboursement des actes d'ostéopathe, de diététicien(nes), de psychologue, de psychothérapeute non psychologue et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). Concernant les psychothérapeutes non psychologues, ils doivent être membres aux Registre National des Psychothérapeutes, et préciser sur la facture le terme « psychothérapeutes ».

La loi de financement de la sécurité sociale prévoit depuis 2022 la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy ».

7. Bascule des professionnels de santé dans un nouveau répertoire

Au 1^{er} janvier 2025, l'ensemble des professionnels de santé ayant un numéro ADELI auront basculé dans le RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé).

Par conséquent, toutes les dispositions du règlement faisant référence au numéro ADELI sont remplacées par RPPS (dans les lexiques et tableaux des pièces justificatives – facture).

8. Régularisation du paiement des cotisations (Article 24)

Pour les adhésions individuelles, les dispositions du règlement relatives au défaut de paiement des cotisations sont modifiées afin de sensibiliser les membres participants sur les conséquences d'une régularisation tardive des cotisations.

Il s'agit de l'application des dispositions du code de la mutualité (article L.221-7).

La nouvelle clause précise que lorsque les garanties ont été suspendues pour non-paiement des cotisations, elles ne reprennent effet que le lendemain à midi suivant leur régularisation. Les sinistres intervenus pendant la période de suspension des garanties ne seront pas pris en charge même après la régularisation des cotisations.

ARTICLE 24. Cotisations

24-8. Lorsque l'adhésion a été suspendue et est non résiliée en raison d'un défaut de paiement des cotisations; celle-ci reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Versement des prestations

1. Évolution du périmètre de prise en charge des actes d'acupuncture (article 21-5)

Extension de la prise en charge des actes d'acupuncture aux sage-femmes et aux chirurgiens-dentistes conformément à la réglementation.

21-5. Les actes d'acupuncture doivent être effectués par un médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaire d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme titulaire d'un diplôme interuniversitaire.

2. Évolution de la périodicité d'envoi postal du relevé de prestations (article 21-7)

L'envoi postal est trimestriel ou immédiat si l'adhérent a choisi le mode de communication digital.

21-7. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé trimestriel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque le membre participant a choisi l'envoi par Internet.

3. Versement de l'allocation maternité ou d'adoption (article 21-9)

Le délai de 2 mois parfois antérieur mentionné est supprimé en raison d'affiliation tardive des enfants (réception de l'ouverture des droits Camieg).

21-9. L'allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant est limitée à la dépense engagée après la naissance ou l'adoption pour un parent.

4. Perte d'autonomie – dépendance (article 29-5.1)

Des précisions sont apportées sur la date d'effet lorsque la date d'effet du classement en GIR 1 ou 2 ou le versement de l'APA est le 1^{er} jour du mois : il s'agit d'éviter de compter un délai supplémentaire de 30 jours pour faire débiter le délai de franchise.

29-5. Prestations

29-5.1 Modalités de versement et montant des prestations

Prestation mensuelle : la prestation est versée chaque mois à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR 1 ou 2 ou à défaut la date du 1^{er} versement de l'APA.

Par exception, si le classement en GIR 1 ou 2 ou la date du 1^{er} versement de l'APA est au 1^{er} du mois, le délai de franchise débute à compter de cette date.

5. Perte d'autonomie – dépendance (article 29-7)

Il est précisé la suspension du paiement de la cotisation lorsque la rente est versée.

29-7. Cotisations

La part de cotisations afférentes à la garantie Perte d'Autonomie – Dépendance ci-avant désignée (Prestation mensuelle et Allocation Equipement) est intégrée à la cotisation globale de la garantie frais de santé. Elle est annuelle et révisable chaque année dans les conditions fixées à l'article 24-1 du présent Règlement.

Lorsque le membre participant « isolé » ou les deux membres du couple sont en situation de non-éligibilité à la garantie Dépendance, la cotisation perçue au titre de cette garantie est affectée aux échéances suivantes de la garantie frais de santé pour une période limitée à 2 ans. Le montant de la cotisation à la garantie Perte d'Autonomie – Dépendance demeure identique lorsque l'un des 2 membres du couple n'est pas éligible à cette garantie ou reconnu en état de Dépendance GIR 1 ou GIR 2.

Lors du bénéfice des prestations de la garantie Perte d'Autonomie – Dépendance pour les adhérents en situation de GIR 1 ou GIR2, la cotisation est suspendue aussi longtemps que le membre participant (et son bénéficiaire conjoint en formule famille) est (sont) vivant (s) et en état de Dépendance reconnu.

La cotisation cesse d'être perçue au 1^{er} jour du mois qui suit :

- La reconnaissance de l'état de Dépendance Totale ;
- Le décès.

4

Évolutions des cotisations

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

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

2025, est marquée par une forte évolution des prestations versées par les Organismes complémentaires. Energie mutuelle n'échappe pas à la règle*.

L'évolution des cotisations est consécutive à plusieurs facteurs qui explique leur évolution :

- la dérive des coûts de santé ;
- la progression des dépenses en dentaire, soins de ville et pharmacie ;
- la revalorisation des tarifs hospitaliers ;
- la hausse des dépassements d'honoraires ;
- le vieillissement de la population ;
- le recours de plus en plus fréquent aux médecines douces ;
- l'inflation qui renchérit les coûts des actes médicaux ;
- le cumul des mesures de la Sécurité sociale prise dans le cadre des PLFSS et qui s'étalent sur plusieurs années.

La sinistralité de votre contrat

- Selon les contrats, l'utilisation des garanties est différente par les assurés.
- Sont autant de facteurs qui nécessite de couvrir par les cotisations, les besoins croissants en prestations et remboursements.

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

- **La mise en place du 100 % santé** : les assurés du régime général qui choisiront les soins et équipements du panier 100 % santé n'auront plus à supporter les frais liés à ces postes puisqu'ils seront pris en charge par l'Assurance maladie et votre complémentaire santé. Cela concerne principalement les dépenses en dentaire et les aides auditives.

Les mesures de la Sécurité sociale :

- **La revalorisation de nombreux actes pour les différentes disciplines opérées par les Professionnels de santé** (Exemple : la consultation chez la plupart des médecins augmente à 30 € à compter du 1er décembre Tarifs – Médecin généraliste, pédiatre, psychiatre... : la consultation augmente à partir du mois de décembre | Service-Public.fr
- **La baisse de la prise en charge des consultations** / visites de médecins et de sage-femmes de 70 % à 60 %.

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

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



1 minute pour comprendre

*L'Argus de l'Assurance – 13 juin 2024 – Santé : hausse continue de la consommation en 2024 – 5 octobre 2024
Frais de santé : hausse des remboursements en 2024



4

Évolutions des cotisations

Quels sont les éléments constitutifs de ma cotisation ?

À quoi sert ma cotisation santé ?

Exemple de redistribution de 100 € perçus par votre mutuelle en 2023 pour une cotisation versée de 113,51 € TTC soit 100 € HT.

9,92 €

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

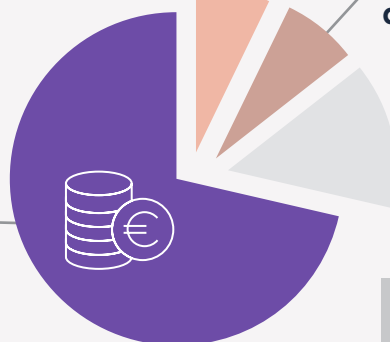
9,92 €
de frais de fonctionnement

7,19 €

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

7,19 €
de services et conseils aux adhérents

81,25 €
de remboursements de soins = prestations



13,51 €
de taxes

81,25 €

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

13,51 €

Votre cotisation santé supporte :

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

Remarque : La différence de 1,64 € entre la cotisation perçue de 100 € hors taxes et la somme des remboursements et des charges soit 98,36 € représente le résultat d'exploitation de la mutuelle.

*<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/>

**Forfait patientèle médecin traitant



4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

En respect de nos obligations légales et réglementaires, vous trouverez ci-après les informations relatives à la situation d’Energie mutuelle pour l’année 2023 :

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

FRAIS DE GESTION = 17,11 %
de la cotisation santé C

Le ratio entre :

- Le montant total des **frais de gestion** au titre du remboursement et de l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

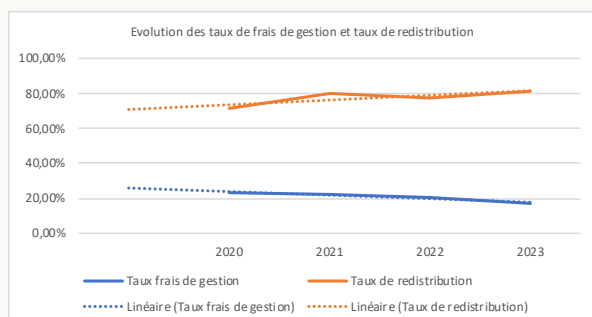
et

- le montant des **cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l’organisme assureur au titre de l’ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l’indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l’ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l’encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l’information client, l’assistance, les services, les prestations complémentaires), c’est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l’organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Est égal à 17,11 % des cotisations hors taxes pour 2023.

	2020	2021	2022
Taux frais de gestion	23,25%	22,41%	20,50%
Taux de redistribution	71,44%	79,96%	77,54%



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

P / C = 81,25 %
(prestation/cotisation santé)

Le ratio entre :

- le montant des **prestations** versées pour le remboursement et l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

et

- le montant des **cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l’organisme assureur au titre de l’ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l’indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Est égal à 81,25 % des cotisations hors taxes pour 2023.

4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

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

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

Passez toujours en première intention par votre médecin traitant

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

Excepté pour :

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

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



Pour envoyer un devis, rendez-vous sur votre espace adhérent :

adh.energiemutuelle.fr

- Rubrique « **Contactez-nous** »,
- puis sur l'onglet « **Transmettre un document** »,
- Ensuite, choisissez l'objet de la demande « **Devis** », **sélectionner votre devis à envoyer**,
- et cliquez sur le bouton « **Envoyer votre demande** ».





4

Évolutions des cotisations

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



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

1

Je prends rendez-vous avec mon ophtalmologue habituel

3

Je m'informe sur les coût des soins

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

5

Je suis mes remboursements

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

2

Je choisis mon opticien

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

4

J'évite l'avance de frais

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



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

(1) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Energie mutuelle à équipement équivalent.

(2) Selon vos garanties.

(3) À hauteur des garanties souscrites.

5_A

Être couvert en inactivité ou en retraite

Bien préparer sa retraite : pas de question sans réponse !



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

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

À la retraite, comment serais-je couvert ?

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

Quels sont les choix qui s'offrent à moi ?

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

À quoi correspond le délai de 6 mois ?

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

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

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

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

Qui peuvent être affiliés sur la couverture CSM Evin ?

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

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

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

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

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

Comment se calcule la cotisation ?

La cotisation de la couverture CSM Evin se calcule avec un pourcentage de 1,656 % de votre salaire de référence des 12 derniers mois en activité (salaires bruts toutes primes comprises). Toutefois, les cotisations sont plafonnées, les trois premières années, avec une cotisation mensuelle maximale de 56,77 € et vous bénéficierez d'une réduction sur les deux premières années. Les ayants droit (affiliés camieg) bénéficient d'une cotisation unique de 1,086 % du PMSS (42,61 €).

Bénéficierai-je toujours de la Télétransmission Camieg

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

5_B

Être couvert en inactivité ou en retraite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depuis le décret 2017-372 du 21 mars 2017, une évolution des tarifs est prévue sur trois ans.

La 1^{ère} année, **le prix payé par l'ancien salarié ne peut être supérieur aux tarifs globaux applicables aux**

salariés encore actifs. La 2^e année, la cotisation ne peut excéder 25 % de ces tarifs. La 3^e année, elle ne peut excéder 50 %. À compter de la 4^e année et par la suite, les tarifs ne sont plus encadrés et sont déterminés en vue d'assurer l'équilibre financier du contrat.

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

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

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

Avantages de la loi Evin

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

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

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

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



5_B

Être couvert en inactivité ou en retraite

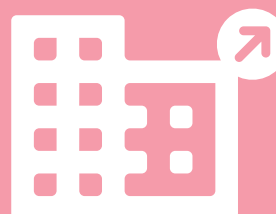
Choisir CSM Evin

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

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



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



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

année 1
0% maximum

année 2
+25%

année 3
+50%

années suivantes

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

(décret n°2017-372 du 21 mars 2017)

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

Les services de la CSM sont reconduits



Tiers payant Viamedis



Téléconsultation médicale



Deuxième Avis Médical

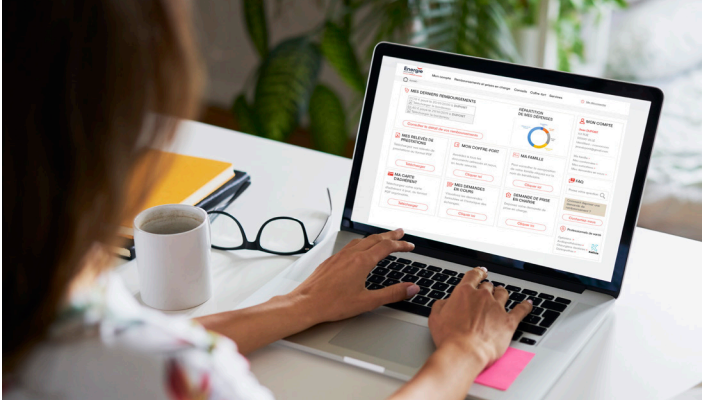


Imagerie 3D (Visible Patient)



Les services d'Energie mutuelle

Votre espace personnel
et mon appli mobile



Toutes vos démarches
en quelques clics



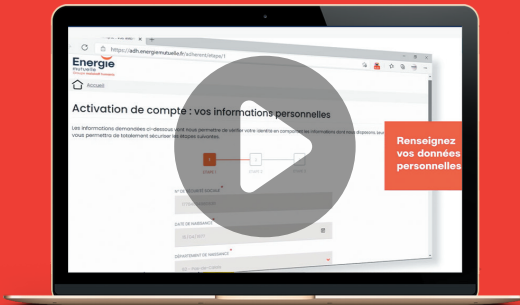
ACTIVER
MON COMPTE



GÉRER MES
DÉPENSES
DE SANTÉ



ACCÉDER À MES
INFORMATIONS
PERSONNELLES



Rendez-vous sur
adh.energiemutuelle.fr

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



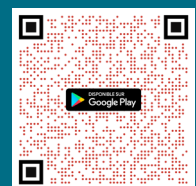
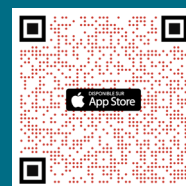
Découvrez
notre appli



en
2 min!

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

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





Les services d'Energie mutuelle

Gestion de mes remboursements

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

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

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

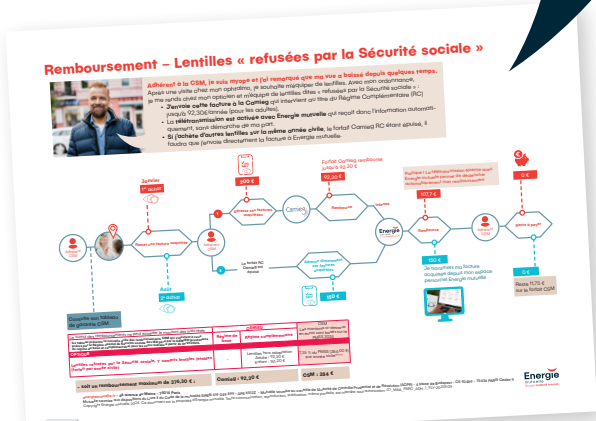
Pourquoi n'ai-je pas de carte de tiers payant ?






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

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



Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



-  [Remboursement lentilles « refusées par la Sécurité sociale »](#)
-  [Remboursement lentilles « acceptées par la Sécurité sociale »](#)
-  [Remboursement parcours hospitalisation](#)
-  [Remboursement dépassements d'honoraires en hospitalisation](#)
-  [Remboursement orthodontie enfant de - de 16 ans](#)



Les services d'Énergie mutuelle

Le tiers payant

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

Depuis le 1^{er} janvier 2019, votre couverture frais de santé a confié à Viamedis, opérateur national de tiers payant certifié ISO 9001, la gestion du tiers payant : hospitalisation, optique, audioprothèse pour les adhérents relevant de la Camieg* et audioprothèse pour les assurés du Régime général d'Assurance maladie.

VOS AVANTAGES

Accords de prises en charge hospitalisation, optique et audioprothèse instantanés



HOSPITALISATION

Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande



OPTIQUE ET AUDIOPROTHÈSE

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

Accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France



240 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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



GÉOLOCALISATION

accessible depuis votre espace adhérent

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



Les services d'Énergie mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

5 consultations gratuites
7 jours sur 7 de 8h à 20h.



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie
pour optimiser le diagnostic médical



Deuxième Avis Médical

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



Ma famille



Energie Mutuelle Services*

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

*selon votre garantie ou renfort



Assistance Dépendance*

rente viagère mensuelle et
aménagement du domicile
(Indépendance Royale)

Mon budget

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

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne

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

Assistance Energie Mutuelle

– Farid

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

Deuxième Avis Médical

– Monique,
atteinte d'un cancer du sein

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



Les services d'Énergie mutuelle

Zoom sur Kalixia

Le réseau optique Kalixia

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

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

Kalixia : un réseau de partenaires santé partout en France

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

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

Les plus du réseau

Kalixia optique : un réseau de plus de 6 000 opticiens

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

Kalixia audio : plus de 4 300 centres audio

Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : 200 € d'économie en moyenne sur un double appareillage.

Nouveauté 2024 : L'offre Kalixia Progress' exclusive dans le réseau, permet aux bénéficiaires d'accéder à des aides auditives de classe 2 rechargeables à un prix maximal de 1 200 € par appareil.

- **Un suivi personnalisé et régulier** lors de la période d'essai et d'adaptation, pendant toute la durée de vie de l'appareil
- **Un tarif tout compris** pour un appareil prêt à l'emploi, livré avec un kit d'entretien

Kalixia ostéo : plus de 500 ostéopathes

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



Kalixia

1^{er} réseau de France
avec 15 millions de bénéficiaires

Géolocalisation accessible
depuis votre espace adhérent

Liberté de choix
du professionnel de santé

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



Les services d'Énergie mutuelle

Deuxième Avis Médical inclus dans votre contrat santé



Vous vous posez des questions avant une décision médicale importante :

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

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

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

650
PATHOLOGIES
COUVERTES

350
MÉDECINS
SPÉCIALISTES


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


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


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

98 % DE RECOMMANDATION DU SERVICES

Comment ça marche ?

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



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



Les services d'Énergie mutuelle

Deuxième Avis Médical, ils en parlent

Témoignages



Floriane, atteinte d'endométriose

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

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

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



Philippe, atteint d'une hernie discale

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



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

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

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



Consulter d'autres témoignages sur le site deuxiemeavis.fr

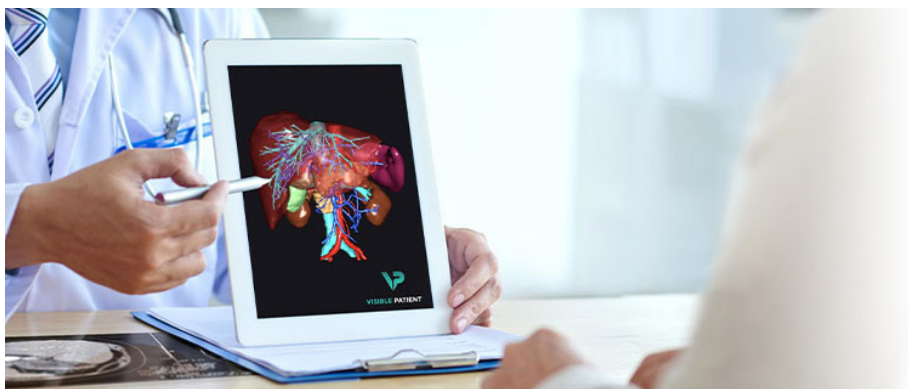


Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.



Les services d'Énergie mutuelle

Visible Patient



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

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

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

EXAMEN STANDARD



1

Je consulte un médecin



2

Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE



3

Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie



4

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

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

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



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

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



3 000 PATIENTS en ont déjà bénéficié



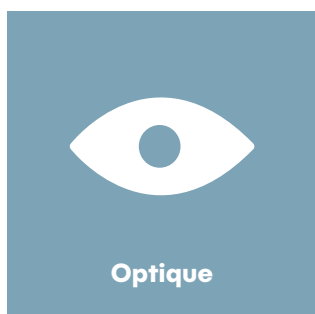
Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « **Énergie mutuelle Visible Patient** » pour plus d'informations



Les services d'Energie mutuelle

Zoom Action sociale

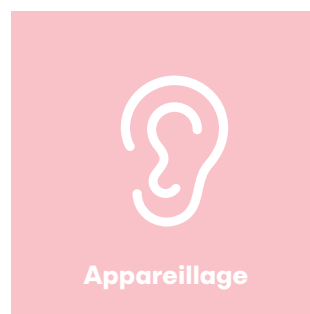
En cas de situation particulièrement difficile, en lien avec le risque maladie, l'autonomie ou le handicap, des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations Energie mutuelle peuvent être versées par la commission d'entraide santé après étude des demandes par celle-ci.



Optique



Dentaire



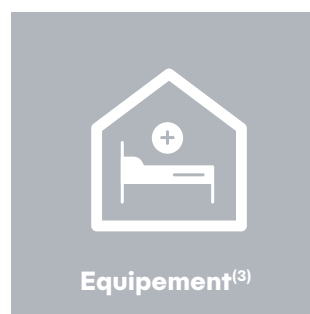
Appareillage



Soins médicaux⁽¹⁾



Paramédical⁽²⁾



Equipement⁽³⁾

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

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

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

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

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

Comment y accéder ?

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

Energie mutuelle
Pôle Social
66 avenue du Maine
75014 PARIS



OU



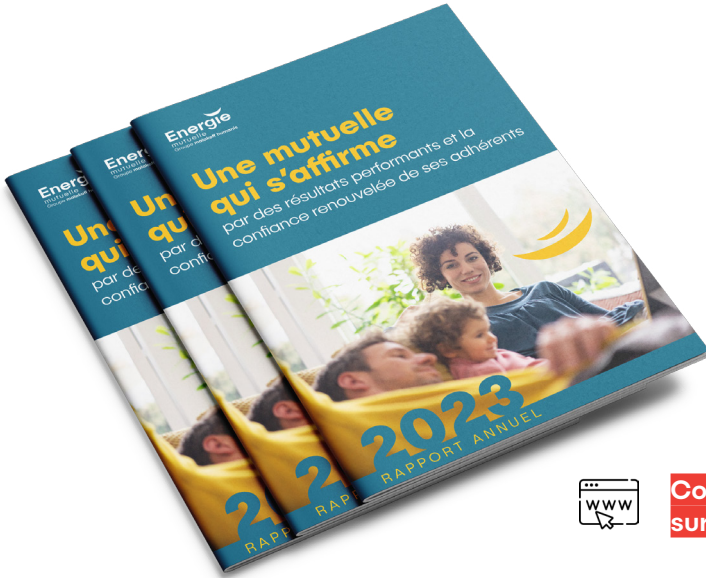
via notre site internet
energiemutuelle.fr
Onglet « Solidarité et Assistance »,
rubrique « Service Solidarité et Prévention »

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel



7

Rapport d'activité Energie mutuelle



Consultez le rapport d'activité,
sur notre site web



Sommaire

- 1 Contexte et environnement Page 4-6
- 2 Intégration d'Energie mutuelle un an après Page 7-8
- 3 Résultats 2023 Page 9
- 4 Performance financière & commerciale Pages 10-11
- 5 Satisfaction adhérents & qualité de service Pages 12-14
- 6 Services aux adhérents / action sociale Pages 15-17
- 7 Stratégie et perspectives Pages 18

COMMUNICATION RENFORCÉE : LA NEWSLETTER DES DÉLÉGUÉS ET MANDATAIRES D'ENERGIE MUTUELLE « INFOS ELUS »

Le lancement de la newsletter dédiée aux élus illustre notre engagement à renforcer la communication et la transparence, répondant ainsi aux attentes exprimées lors de l'enquête de fin 2021. L'objectif est d'informer davantage sur les actions et les services de la mutuelle tout en recueillant les retours des participants.

3 newsletters en 2023 avec au sommaire, pour chacune d'entre elle :

- La mot du président
- A la une
- La vie politique
- Chiffres clés
- L'activité de la mutuelle
- Les prochains événements



2 Intégration d'Energie mutuelle un an après

Intégration des salariés au 1^{er} juillet 2023

Une communication efficace et dynamique a été assurée à travers des réunions régulières, des newsletters et une diffusion continue d'informations. L'accompagnement au changement a été apprécié : la qualité des échanges et des collaborations, l'engagement des salariés, et la journée d'intégration à Paris. L'implication des acteurs Energie mutuelle et Malakoff Humanis a largement contribué au succès.

BAROMÈTRE ICAP (DU 31 JUILLET AU 13 SEPTEMBRE 2023): FORTE ADHÉSION DES SALARIÉS ET DES RETOURS POSITIFS

Taux de participation des salariés	84,6%
Un projet bénéfique pour les salariés	77,2%
Satisfaction de la qualité de la communication	78,8%
Satisfaction du projet	67%

Près de 0,7 salariés sur 10 salariés estiment que toutes les conditions ont été réunies pour la réussite du projet

NOTRE ENGAGEMENT CONTINU ENVERS LES PARTIES PRENANTES

- Pour les adhérents**
- Aucun changement dans les habitudes des adhérents : la marque reste la même, les numéros de téléphone, les espaces digitaux et l'outil de gestion ainsi que les accès sont identiques.
 - Garantir une qualité de service équivalente pour les entreprises et les adhérents.
 - Enrichir et améliorer l'offre servicielle en bénéficiant des services Malakoff Humanis.
 - Poursuite de l'accompagnement des entreprises et des salariés de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) en anticipant, notamment, la réponse à l'appel d'offre des IEG en 2024.



Nouvelle offre ENERGIE 1.2.3.4

Zoom

Les garanties ENERGIE 1.2.3.4 offrent un niveau de remboursement supplémentaire au Régime général ou local de la Sécurité sociale.

L'adhésion à l'une de ces garanties permet de diminuer ses frais de santé et son reste à charge tout en bénéficiant de prestations adaptées à ses besoins.



L'équipe de conseillers à votre service – Angers

Les + de l'offre

- Des **tarifs préférentiels avec Kalixia**, le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie.
- **4 niveaux de garanties** adaptés à chaque besoin.
- **5 domaines d'intervention** (dentaire, optique, médecine de ville, matériel médical, hospitalisation).
- **Tarifs adaptés** pour le régime local Alsace Moselle.
- Une **gestion simple et intuitive de son contrat** santé grâce à l'espace adhérent et l'application mobile.
- Des services de **télé médecine et d'assistance médicales**.

Les services inclus

- **Energie Mutuelle Services** : une assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou en cas de Radio/Chimiothérapies (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, garde d'enfants malades...).
- **Téléconsultation médicale** : Consultation de médecins à distance via une visioconférence ou par téléphone. Les adhérents bénéficient de 5 consultations 7 jours sur 7, de 8h à 20h.
- **Deuxième avis médical** : Des médecins experts apportent un second diagnostic pour éclairer les décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou de situations médicales complexes.
- **Visible Patient** : Service d'imagerie 3D qui permet de réaliser une copie virtuelle de l'anatomie en 3 dimensions. Grâce à ce concept, le médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à l'anatomie.

Qui est concerné

Cette offre est accessible à toutes personnes relevant du régime Général de la Sécurité Sociale et avantageuse dans les situations suivantes :

- **les affiliés du Régime Local Alsace Moselle**, en effet les remboursements et les cotisations sont adaptés à ce Régime Spécial,
- **un niveau 1 économique**, pour ceux qui souhaitent s'assurer pour les besoins en santé uniquement essentiels,
- **idéal pour les jeunes de plus de 26 ans** sortant de la CSM mais encore affiliés auprès de la camieg jusqu'à la fin de l'année civile (le niveau 1 agissant en surcomplémentaire de la camieg),
- **un niveau 4 haut de gamme** en remboursements, proche et similaire à la couverture santé d'un salarié ou retraité des IEG (camieg + Energie Mutuelle).

Contactez votre mutuelle

Vous souhaitez **communiquer** avec votre mutuelle ?

Par téléphone

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 46 46 Service gratuit
+ prix appel

(adhérents CSM et CSM Evin)

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

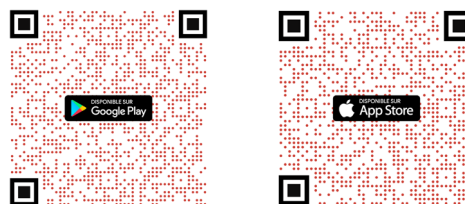
(adhérents Energie mutuelle)

Par internet

24h/24 et 7j/7 via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

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



Vous pouvez aussi prendre rendez-vous, en quelques clics, rubrique « Prendre un rendez-vous » puis réserver votre créneau.

Bien pratique !

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



Par téléphone

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

0 969 32 15 75 Service gratuit
+ prix appel



Par internet

via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

rubrique « Nous contacter »



Par courrier

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

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Energie mutuelle, 66 avenue du Maine 75014 PARIS – energiemutuelle.fr

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

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP) : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.