


Je choisis Equilibre et Confort AM, la complémentaire santé qui répond à mes besoins

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

[Offre](#)

[Cotisations](#)

[Garanties](#)

[Remboursements](#)

[Services](#)

[Règlementaire](#)

[Contacts](#)

**Garanties dédiées aux conjoints non Camieg
des salariés et retraités des IEG**

Equilibre et Confort AM

Votre santé en toute tranquillité

Vous êtes conjoint(e) d'un salarié(e) ou d'un retraité(e) des IEG et ne bénéficiez pas de la Camieg ? Les garanties Equilibre AM et Confort AM ont justement été élaborées afin de vous offrir des prestations adaptées à vos besoins.

Les remboursements proposés par Equilibre AM et Confort AM, complètent ceux du Régime Général de la Sécurité sociale et vous assurent d'un reste à charge minimal grâce à la prise en charge de vos principaux frais de santé.

En complément des remboursements sur vos dépenses de santé (dépassements d'honoraires, optique, dentaire, hospitalisation et appareillage médical), les garanties Equilibre AM et Confort AM vous permettent de bénéficier de nombreux avantages :

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

"Je recherche une couverture : "

	Equilibrée avec des cotisations maîtrisées Je choisis Equilibre AM	Complète et confortable Je choisis Confort AM
Soins courants	● ● ● ● ○	● ● ● ● ●
Pharmacie	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●
Optique	● ● ○ ○	● ● ● ○
Dentaire	● ● ○ ○	● ● ● ○
Hospitalisation	● ● ● ○	● ● ● ●
Matériel médical	● ● ○ ○	● ● ● ○
Services	● ● ● ● ●	● ● ● ● ●

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

Votre cotisation

Cotisations mensuelles* 2025



**Adulte seul
ou avec enfant(s)**

	€/ mois*
Equilibre AM	93,44 €
Confort AM	145,71 €

Cotisation incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,81 € pour Equilibre AM / 3,34 € pour Confort AM

eEquilibre AM	90,63 €
eConfort AM	142,37 €

Cotisation sans la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

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

ÉQUILIBRE AM & CONFORT AM

POUR LES CONJONTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET RETRAITÉS DES IEG

.....
PRESTATIONS 2025
.....

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

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

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

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

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

VOS AVANTAGES

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

	Régime Général ⁽⁵⁾	ÉQUILIBRE AM ⁽⁶⁾	CONFORT AM ⁽⁶⁾
+ SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)			
Généraliste			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Spécialiste			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Actes techniques médicaux			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Actes d'imagerie médicale			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Auxiliaires médicaux			
	60 %	60 %	120 %
Télesurveillance médicale prescrite			
	60 %	40 %	40 %
Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale			
Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur amelil.fr	60 %	40 %	40 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire			
	60 %	80 %	120 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire			
	-	20 €	30 €
Frais de transport			
	55 %	45 %	45 %
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	35 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	70 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	85 %
Pansements			
	60 %	135 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire			
	-	60 €	70 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre global de séances par année civile et par bénéficiaire (max. 6 séances)			
	-	30 € par séance	30 € par séance
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité			
	NON	NON	OUI

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

OPTIQUE

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

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

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

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

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

Équipement 100% Santé⁽²⁾ (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	---------------------	---------------------

Équipement autre que 100% Santé (Classe B)**DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré**

Par verre ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	130 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	65 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

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

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

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

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

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

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



DENTAIRE

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

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

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

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins et Prothèses autres que 100% Santé

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

Implantologie

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

Orthodontie

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

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

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

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

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

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

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

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

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

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

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

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2025 : 3 925 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Hors remboursements du Régime Général.

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine - 75014 PARIS

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

eÉQUILIBRE AM & eCONFORT AM

POUR LES CONJONTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET RETRAITÉS DES IEG

PRESTATIONS 2025

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

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

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

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

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

VOS AVANTAGES

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

	Régime Général ⁽⁵⁾	eÉQUILIBRE AM ⁽⁶⁾	eCONFORT AM ⁽⁶⁾
+ SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)			
Généraliste			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Spécialiste			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Actes techniques médicaux			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Actes d'imagerie médicale			
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	90 %	140 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %	120 %
Auxiliaires médicaux			
	60 %	60 %	120 %
Télesurveillance médicale prescrite			
	60 %	40 %	40 %
Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale			
Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur amel.fr	60 %	40 %	40 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire			
	60 %	80 %	120 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire			
	-	20 €	30 €
Frais de transport			
	55 %	45 %	45 %
Médicaments			
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	35 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	70 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	85 %
Pansements			
	60 %	135 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire			
	-	60 €	70 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre global de séances par année civile et par bénéficiaire (max. 6 séances)			
	-	30 € par séance	30 € par séance
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité			
	NON	NON	OUI

Régime
Général⁽⁵⁾eÉQUILIBRE AM⁽⁴⁾eCONFORT AM⁽⁴⁾

OPTIQUE

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

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

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

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

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

Équipement 100% Santé⁽²⁾ (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	---------------------	---------------------

Équipement autre que 100% Santé (Classe B)**DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré**

Par verre ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	130 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans / dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	65 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

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

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

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

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

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

Régime
Général⁽⁵⁾eÉQUILIBRE AM⁽⁴⁾eCONFORT AM⁽⁴⁾

DENTAIRE

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

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

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

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins et Prothèses autres que 100% Santé

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

Implantologie

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

Orthodontie

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

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

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

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

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

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

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

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

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

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

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

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

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

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2025 : 3 925 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) Hors remboursements du Régime Général.

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine - 75014 PARIS

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

Exemples de remboursements

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement Energie mutuelle	
			(e)Equilibre AM	(e)Confort AM
SOINS COURANTS				
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 30 €)	55 €	19 €	21 €	34 €
Votre reste à charge**		36 €	15 €	2 €
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	15,1 €	16,1 €	27,6 €
Votre reste à charge**		34,9 €	18,8 €	7,3 €
Consultation d'Ostéopathe	50 €	-	30 €	30 €
Votre reste à charge		50 €	20 €	20 €
Acte d'imagerie médicale Non OPTAM (Radiographie de la cheville code CCAM NGQK002 BR* 23,86 €)	45 €	14,7 €	16,7 €	28,3 €
Votre reste à charge		30,30 €	13,6 €	2 €
OPTIQUE				
Optique adulte Verres simples	220 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	199,94 €	214,94 €
Votre reste à charge		219,91 €	19,97 €	4,97 €
Optique adulte Verres complexes	420 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	230 €	325 €
Votre reste à charge		419,91 €	189,91 €	94,91 €
DENTAIRE				
Prothèse dentaire 100 % santé, couronne céramique (BR* 120 €)	400 €	72 €	328 €	328 €
Votre reste à charge		328 €	-	-
Prothèse dentaire tarifs maîtrisés, couronne céramique-monolithique (BR** 120 €)	500 €	72 €	240 €	264 €
Votre reste à charge		428 €	188 €	164 €
Prothèse dentaire tarifs libres Couronne Céramo-céramique (BR* 107,5 €)	600 €	64,5 €	215 €	236,5 €
Votre reste à charge		535,5 €	320,5 €	299 €
Implant dentaire	900 €	0 €	200 €	400 €
Votre reste à charge		900 €	700 €	500 €
HOSPITALISATION				
Chambre particulière (par nuitée)	90 €	-	80 €	90 €
Votre reste à charge		90 €	10 €	-
Opération Chirurgie Non OPTAM (Remplacement de l'articulation coxofémorale Code CCAM NEKA020 BR* 459,80 €)	920 €	459,8 €	367,84 €	459,8 €
Votre reste à charge		460,2 €	92,36 €	0,4 €

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

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



Énergie Mutuelle Services*

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



Rente Dépendance*

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



Aménagement du domicile

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

*selon votre garantie ou renfort

Mon budget

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

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne

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

Assistance Énergie Mutuelle

– Farid

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

Deuxième Avis Médical

– Monique,
atteinte d'un cancer du sein

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

Assistance

Energie Mutuelle Services*



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

Le service Energie Mutuelle Services est accessible sur simple appel téléphonique, bénéficiez de 5 consultations 7 jours sur 7, de 8h à 20h.

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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



INFORMATION

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



PRISE EN CHARGE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

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



AIDE À DOMICILE

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



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



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

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

(adhérent, conjoint, enfants)

*selon votre garantie ou renfort



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

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

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.

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

Téléconsultation Médicale

Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale



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

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

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



0 969 32 37 37

numéro dédié,
sans surcoût
(appel non surtaxé)



**APPEL TRAITÉ
DIRECTEMENT**

par une équipe médicale
basée en France



**SERVICE SÉCURISÉ
ET DISPONIBLE**

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



**EN LIEN DIRECT
AVEC VOTRE
MÉDECIN TRAITANT**

si vous êtes d'accord



**SI LE MÉDECIN LE
JUGE NÉCESSAIRE**

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

**QUAND FAIRE APPEL
À CE SERVICE ?**

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



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



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

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

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.

0 969 32 37 37 Service gratuit
* prix appel

Deuxième Avis

Pour éclairer vos décisions de santé



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

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

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



Du très haut niveau d'expertise médicale avec plus de **350 MÉDECINS** référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux



OBTENEZ SOUS 7 JOURS

un avis en ligne où que vous soyez



COMPTE-RENDU SIGNÉ

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

PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DES FRAIS D'HONORAIRES

SÉCURITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ



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



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

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

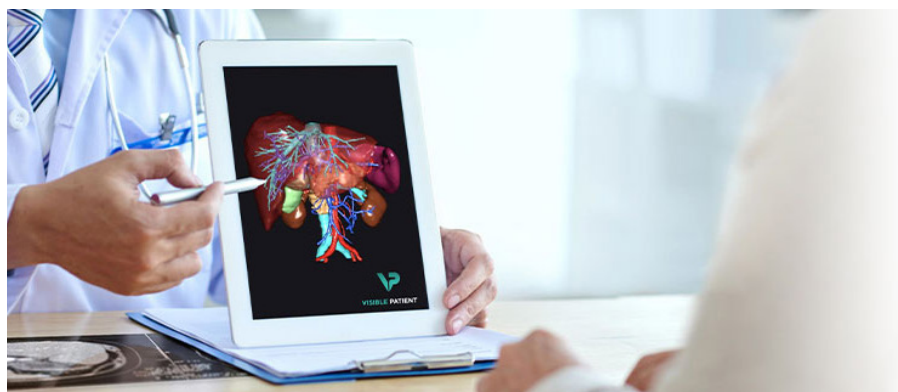
ENERGIE MUTUELLE : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9.

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.

0 969 32 37 37 Service gratuit * prix appel

Visible Patient

La modélisation 3D de vos organes



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

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

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

EXAMEN STANDARD



1

Je consulte un médecin



2

Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE



3

Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie



4

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

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

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



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

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



3 000 PATIENTS en ont déjà bénéficié



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

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

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.

0 969 32 37 37 Service gratuit * prix appel

Réseaux de soins Kalixia

Des soins et des prestations de qualité au meilleur prix



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



DES PRIX NÉGOCIÉS

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

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures
- Plus de 6 000 centres optiques



DES PRIX ACCESSIBLES

- 200 € d'économie en moyenne sur un double appareillage

Nouveauté depuis 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.

- -20% sur les accessoires de connectivité

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures,
- Téléchargeable depuis l'espace de géolocalisation
- Plus de 4 300 centres audio partenaires



DES PRIX NÉGOCIÉS

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent
- Plus de 500 ostéopathes partenaires



À retenir

- ✓ 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

Plus d'information sur energiemutuelle.fr/kalixia

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

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.

0 969 32 37 37 Service gratuit
* prix appel

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2025

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

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : EQUILIBRE AM

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

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

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



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Forfait Patient Urgences, Honoraires et actes des médecins, Forfait journalier hospitalier, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Consultation de psychologue remboursée, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Médicaments, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézière, Majoration des soins courants de 50% (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale, Forfait Equipement Handicap.
- ✓ **Aide auditive** : Equipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien).
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

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



Où suis-je couvert(e) ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants en tant que conjoint d'agent actif ou retraité des IEG, ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2025

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

SIREN N°419 049 499

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

Produit : CONFORT AM

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

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

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



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Forfait Patient Urgences, Honoraires et actes des médecins, Forfait journalier hospitalier, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Consultation de psychologue remboursée, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Médicaments, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézière, Majoration des soins courants de 50% (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale, Forfait Equipement Handicap.
- ✓ **Aide auditive** : Equipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien).
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

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



Où suis-je couvert(e) ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Être membres participants en tant que conjoint d'agent actif ou retraité des IEG, ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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



Contacter Energie mutuelle

Vous souhaitez adhérer à l'une de nos garanties ?



Par téléphone,
nos conseillers
vous répondent du
lundi au vendredi
de 9h à 17h

0 969 32 15 75

Service gratuit
+ prix appel



Par mail à :
votreconseiller@energiemutuelle.com



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

Vous souhaitez communiquer avec Energie mutuelle ?



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

0 969 32 37 37

Service gratuit
+ prix appel

Par Internet 24h/24 et 7j/7

via l'espace adhérent adh.energiemutuelle.fr
ou via l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google
Play ou App Store, en flashant le QR code :

