

Guide 2019 des garanties



LES ESSENTIELS

03

- 03 Niveaux des garanties d'Energie Mutuelle
- 04 Trouvez la garantie qui vous convient
- 06 Découvrez votre site Internet...
- 07 ...votre espace personnel et votre application mobile
- 08 Réseaux de soins Kalivia / Kalixia
- 09 Tiers payant Viamedis
- 10 Assistance - Energie Mutuelle Services
- 11 Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale
- 12 Energie Mutuelle Deuxième Avis Médical
- 13 Energie Mutuelle - Visible Patient
- 14 Energie Mutuelle Assistance Dépendance
- 15 Avec Energie Mutuelle...
- 16 Solidarité et Prévention
- 17 Nos partenaires
- 54 Lexique
- 55 Contacter Energie Mutuelle



18

- 19 Prestations 2019
- 22 Exemples de remboursements 2019
- 23 Cotisations 2019



24

- 25 Prestations 2019
- 28 Exemples de remboursements 2019
- 29 Cotisations 2019



30

- 31 Prestations 2019
- 34 Exemples de remboursements 2019
- 35 Cotisations 2019



36

- 37 Prestations 2019
- 40 Exemples de remboursements 2019
- 41 Cotisations 2019



42

- 42 Prestations 2019
- 44 Exemples de remboursements 2019
- 45 Cotisations 2019



46

- 46 Prestations 2019
- 49 Cotisations 2019



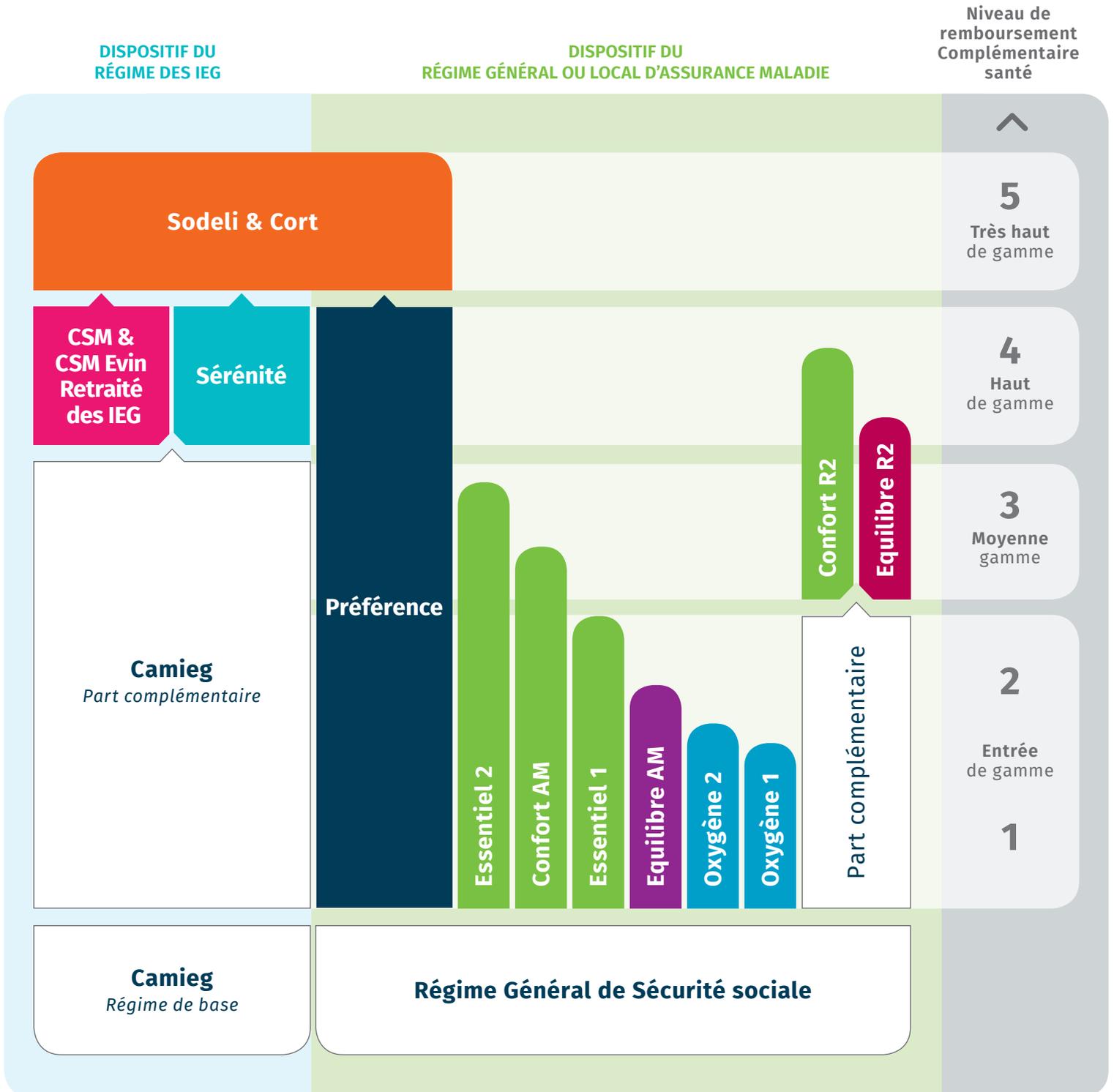
50

- 50 Prestations 2019
- 52 Exemples de remboursements 2019
- 53 Cotisations 2019



Les informations contenues dans le présent document peuvent être amenées à évoluer.
Consultez le site Internet www.energiemutuelle.fr pour prendre connaissance des dernières mises à jour.

Niveaux des garanties d'Énergie Mutuelle

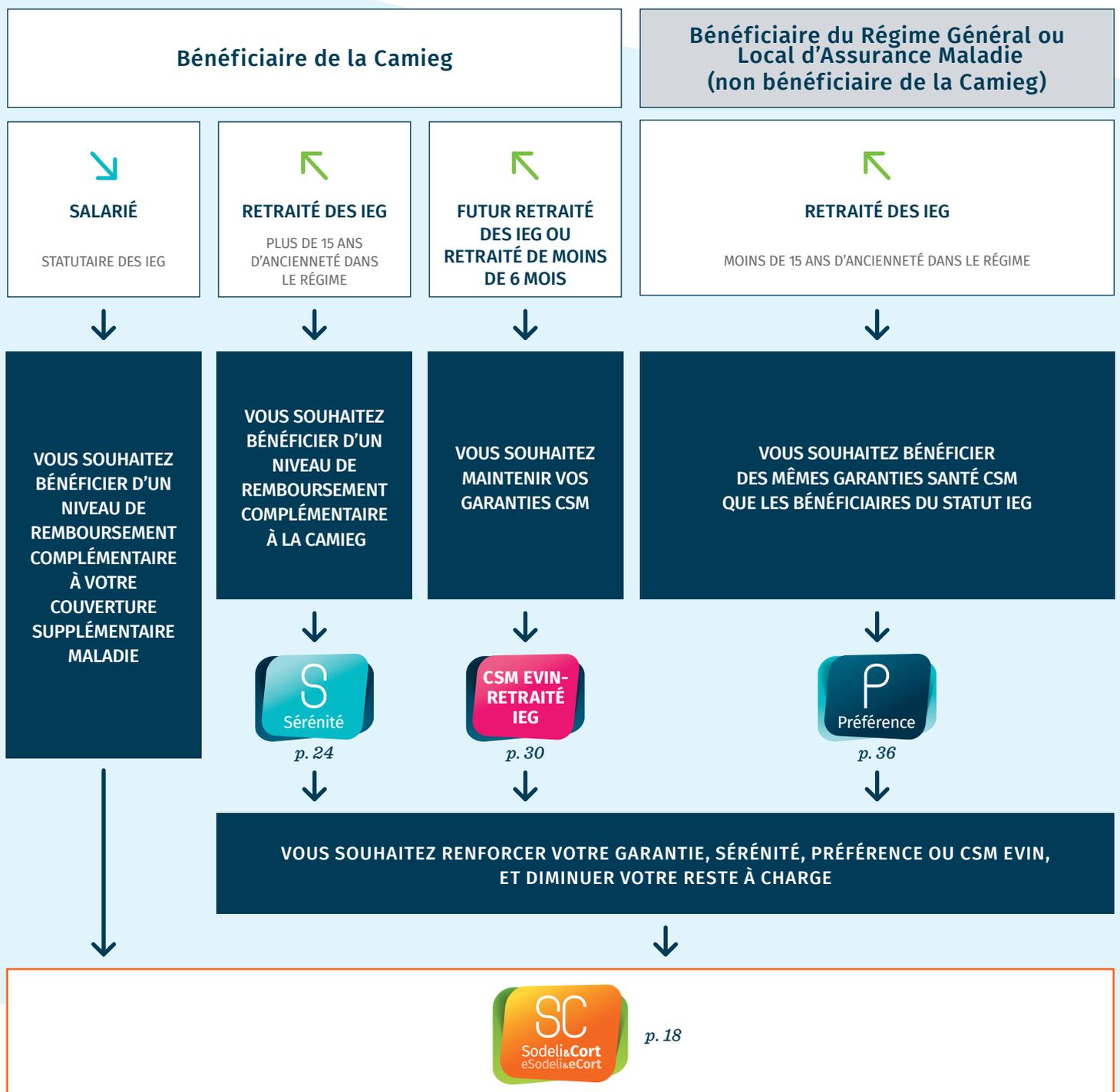




Trouvez la garantie qui vous convient...

DISPOSITIF DU RÉGIME DES IEG

Pour bénéficier du même niveau de garanties Camieg + Régime Complémentaire Camieg + CSM

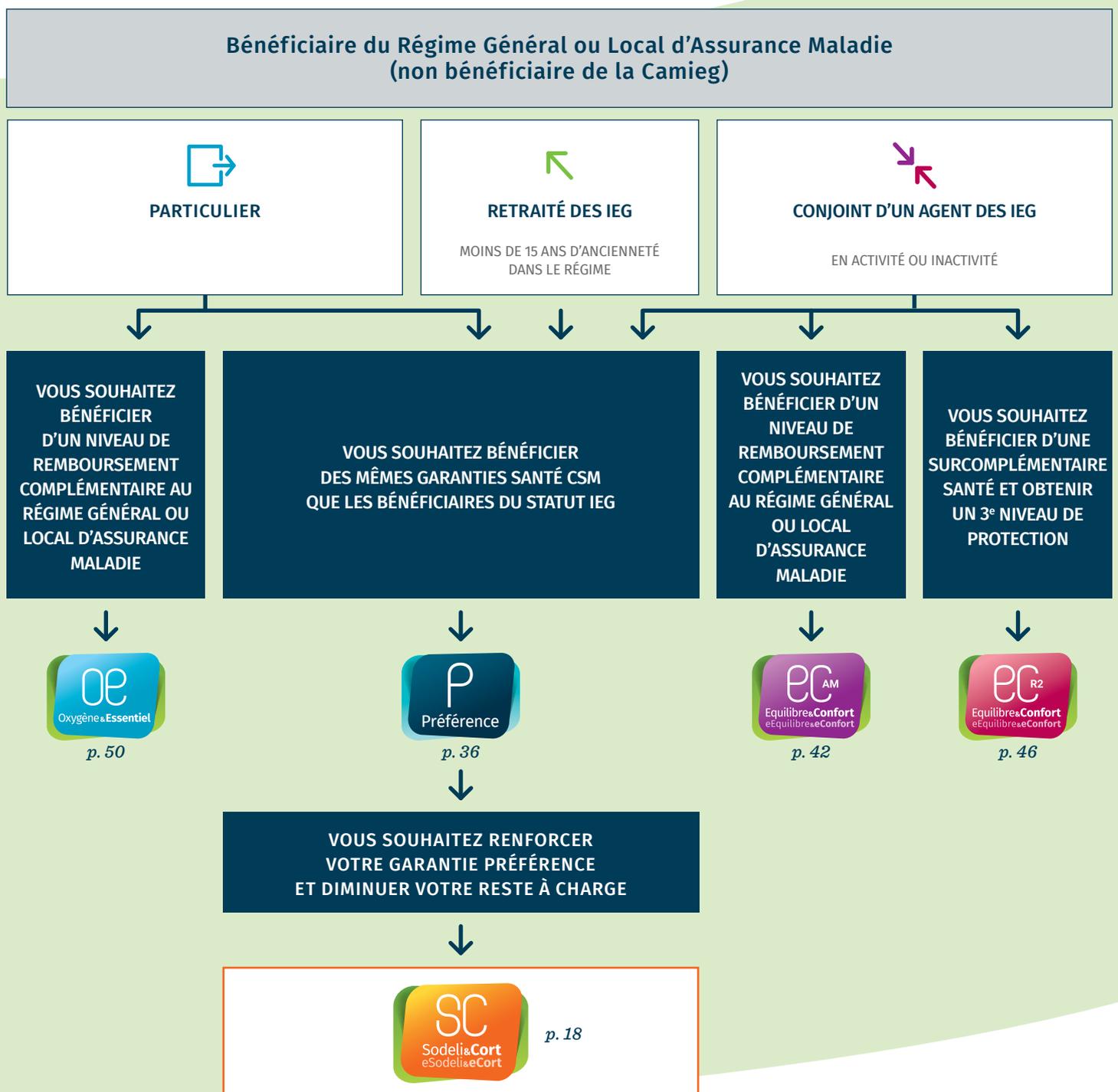


Les besoins en matière de couverture santé n'étant pas les mêmes pour tous, Energie Mutuelle a conçu, pour vous, des garanties adaptées à tous vos besoins.

Suivez le guide et trouvez LA garantie qui vous convient !

DISPOSITIF DU RÉGIME GÉNÉRAL OU LOCAL D'ASSURANCE MALADIE

Pour bénéficier d'un niveau de remboursement complémentaire à l'Assurance Maladie

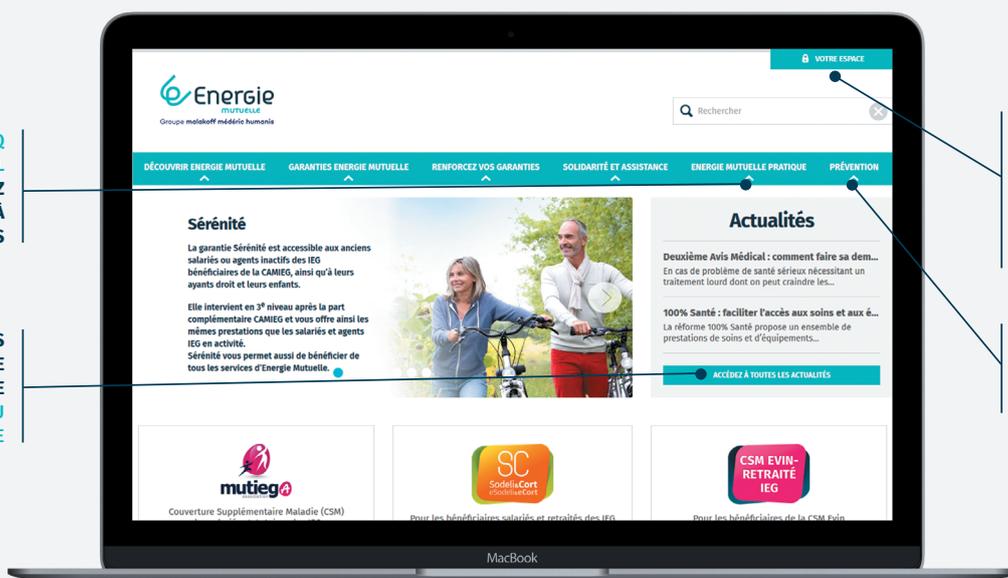


Découvrez votre site Internet...

www.energiemutuelle.fr

UN ESPACE FAQ
DANS LEQUEL
VOUS TROUVEREZ
LES RÉPONSES À
VOS QUESTIONS

DES ACTUALITÉS
SUR VOTRE
MUTUELLE
ET LE MILIEU
MUTUALISTE



UN ESPACE PERSONNEL
AFIN DE POUVOIR SUIVRE
VOS DOSSIERS DE
REMBOURSEMENTS ET
DEMANDER UN ACCORD
DE PRISE EN CHARGE
HOSPITALIÈRE

DES ARTICLES
DE PRÉVENTION
RENOUVELÉS POUR
RESTER INFORMÉS

UN MODULE POUR TROUVER LA GARANTIE QUI VOUS CONVIENT

Trouvez, en quelques secondes, la garantie adaptée à VOTRE situation grâce à l'outil disponible sur notre site.

VOS DÉMARCHES EN LIGNE

Demandez un accord de prise en charge hospitalière ou un devis, consultez vos décomptes de remboursements, nous envoyer un document, toutes vos démarches sont accessibles via notre site.

DOCUMENTATION EN LIGNE

Consultez et téléchargez l'ensemble des documents relatifs à votre garantie (grilles de prestations, de cotisations, formulaires de modifications ...).



Retrouvez également, sur notre site, l'ensemble des documents contractuels et réglementaires relatifs à votre garantie Energie Mutuelle.



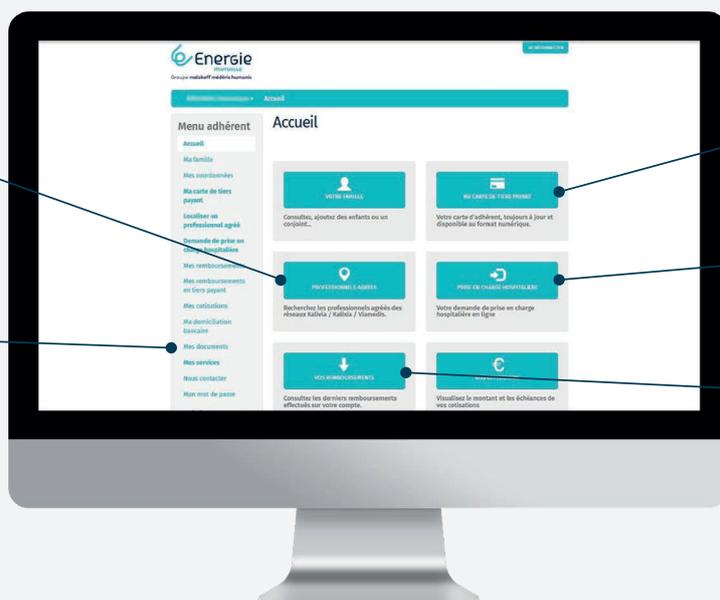
Nous vous invitons également à vous inscrire dès à présent à la newsletter Energie Mutuelle ! Actualités de votre mutuelle, dossiers et conseils santé vous y attendent pour garder la forme au fil des saisons.

...votre espace personnel et votre application mobile

VOTRE ESPACE PERSONNEL

OUTIL DE GÉOLOCALISATION INDIQUE LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ AGRÉÉ VIAMEDIS/KALIVIA LE PLUS PROCHE DE CHEZ VOUS

RETROUVEZ EN QUELQUES CLICS TOUTES LES INFORMATIONS LIÉES A VOTRE GARANTIE ET AUX SERVICES IMPORTANTS



TÉLÉCHARGEZ VOTRE CARTE D'ADHÉRENT DIRECTEMENT SUR VOTRE ESPACE

EFFECTUEZ VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DIRECTEMENT EN LIGNE

CONSULTEZ ET TÉLÉCHARGEZ VOS DÉCOMPTES DE REMBOURSEMENTS

ESPACE SÉCURISÉ

Vos données sont protégées, la confidentialité de vos données optimisée

FACILITEZ VOS ÉCHANGES

Formulaire de contact amélioré

ACCÉDEZ À VOS DOCUMENTS

Retrouvez et téléchargez vos documents relatifs à votre propre garantie

VOTRE APPLICATION MOBILE

Energie Mutuelle met à votre disposition son application mobile gratuite.*

Cet outil vous permet notamment de :

- > demander un accord de prise en charge hospitalière en ligne
- > visualiser vos messages et cotisations
- > être alerté de vos derniers remboursements santé
- > afficher et télécharger votre carte de tiers payant
- > rechercher un professionnel de santé à proximité
- > consulter les informations relatives à votre contrat

Cette navigation intuitive et complète saura améliorer votre quotidien.

Téléchargeable gratuitement, ce nouveau service vous accompagne chaque jour dans tous vos déplacements.



Plus d'informations sur www.energiemutuelle.fr

* Prochainement, l'application mobile « Mutieg » évoluera pour être aux couleurs d'Energie Mutuelle. Pensez à suivre sa mise à jour !

Réseaux de soins Kalivia / Kalixia

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



DES PRIX NÉGOCIÉS

- De -25% à -40% sur les verres,
- -20% sur les montures,
- -30% sur les lentilles,
- Libre choix de vos lunettes parmi les plus grandes marques.

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 5 200 centres optiques



DES PRX ACCESSIBLES

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité,
- 90% des appareils sont de gammes supérieures,
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'un bon personnalisé.
- Plus de 3 400 centres audio



DES PRIX MAÎTRISÉS

- 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.

➔ À retenir

- 🏆 Kalivia : 1^{er} réseau de France avec 11 millions de bénéficiaires
- 📍 Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent
- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et audio, via notre partenaire Viamedis
- Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr

Tiers payant Viamedis

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

À compter du 1^{er} janvier 2019, nous confions 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*,
- **Ainsi que les soins courants** pour les adhérents relevant de la Sécurité sociale.

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

VOS AVANTAGES



Accords de prises en charge Hospitalisation, Optique et Audioprothèse **instantanés**

- **Hospitalisation** : Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande de prise en charge saisie en ligne sur le portail Viamedis
- **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



- **236 000 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

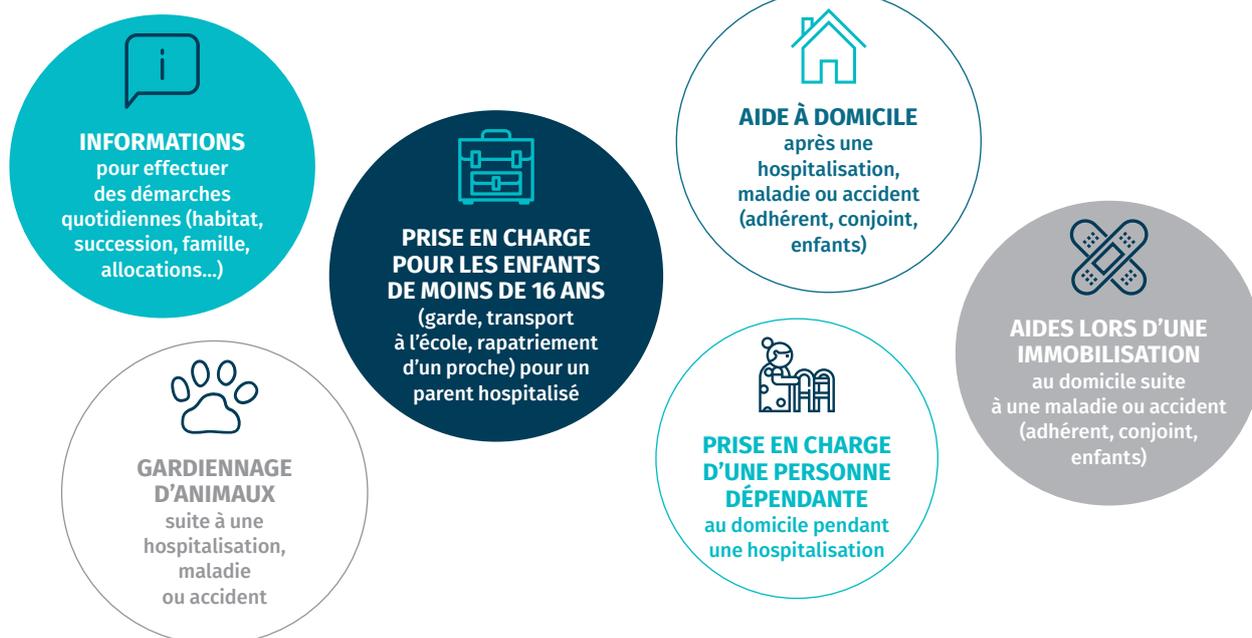


Cela signifie pour vous

- **Moins d'avance de frais,**
- donc **moins de justificatifs à fournir** pour être remboursé de la part complémentaire ou surcomplémentaire selon votre situation.
- Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr

Assistance - Energie Mutuelle Services

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



> **0 969 32 37 37** <
Appel non surtaxé



Assistance accessible sur simple appel téléphonique : du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).



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

Qui peut bénéficier de ces aides ?

Ces prestations sont accessibles aux bénéficiaires des garanties suivantes :



Ainsi que les garanties fermées à l'adhésion : Ain 3, Socle, Souplesse, Equilibre IEG et Confort IEG.



Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Services » pour connaître les modalités d'application des prestations d'assistance.

Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale

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

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



0 969 32 37 37
numéro de téléphone
dédié, sans surcoût
(appel non surtaxé)



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



**SERVICE
SÉCURISÉ**



**DISPONIBLE
24H/24, 7J/7**
en France et partout
dans le monde



**EN LIEN DIRECT
AVEC VOTRE
MÉDECIN TRAITANT**
si vous êtes d'accord



SI LE MÉDECIN LE JUGE NÉCESSAIRE
et avec votre accord,
une ordonnance peut être transmise
au pharmacien de votre choix 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.

Qui peut bénéficier de ce service ?

Cette prestation est incluse dans les garanties :



Ainsi que les garanties fermées à l'adhésion : Ain 3, Socle, Souplesse, Equilibre IEG et Confort IEG.



Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale » pour connaître les modalités d'application de cette prestation.

Energie Mutuelle

Deuxième Avis Médical

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

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

Difficultés à s'assurer de la **fiabilité** de l'information pour pouvoir faire les bons choix

Difficultés à **identifier** un médecin expert de sa pathologie

Difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin expert dans des **délais acceptables**

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



> www.deuxiemeavis.fr/energiemutuelle <



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



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



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



Une 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.

Qui peut bénéficier de ce service ?

Cette prestation est incluse dans les garanties :



Ainsi que les garanties fermées à l'adhésion : Ain 3, Socle, Souplesse, Equilibre IEG et Confort IEG.



Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Deuxième Avis Médical » pour connaître les modalités d'application de cette prestation.

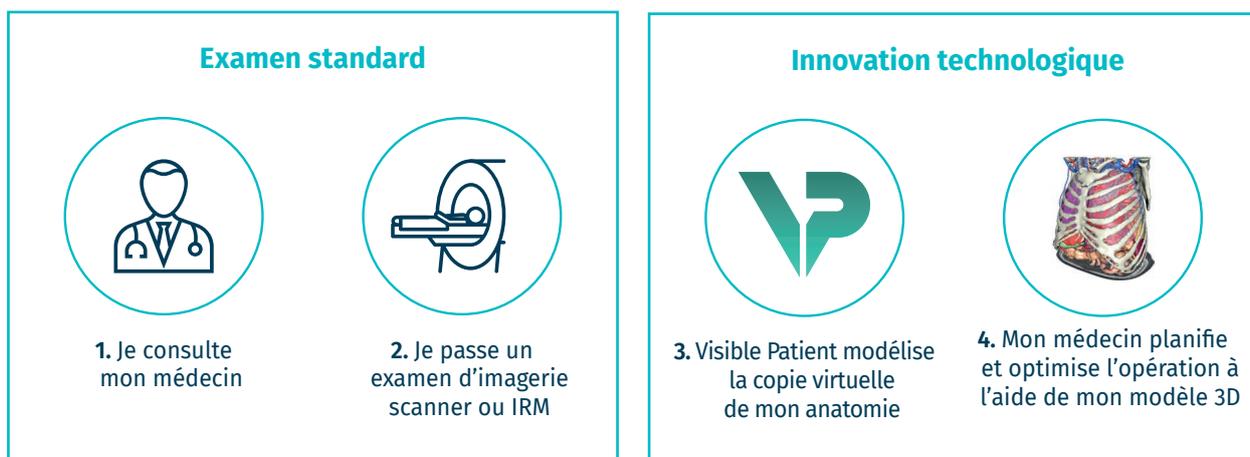


VISIBLE PATIENT

Energie Mutuelle - 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) une **copie virtuelle 3D de votre anatomie**. A l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et **simule sans aucun risque son geste opératoire** et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.



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

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

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

Qui peut bénéficier de ce service ?

Cette prestation est incluse dans les garanties :



Ainsi que les garanties fermées à l'adhésion : Ain 3, Socle, Souplesse, Equilibre IEG et Confort IEG.



Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée à « Visible Patient » pour plus d'informations.

Energie Mutuelle Assistance Dépendance

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



ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE



RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE
OU INTERVENANT PARAMÉDICAL

ORGANISATION ET MISE EN PLACE
DE SERVICE À DOMICILE
EN CAS D'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT



INFORMATIONS, CONSEILS ET
ACCOMPAGNEMENT TÉLÉPHONIQUE

PRÉVENTION NUTRITION SANTÉ
(ÉCHANGE AVEC UNE DIÉTÉTICIENNE)



INFORMATIONS MÉDICALES

> 01 48 97 74 05 <

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

Qui peut bénéficier de ces aides ?

Ces prestations d'assistance sont ouvertes, sous conditions, aux bénéficiaires des garanties suivantes :



Consultez, sur notre site, le document contractuel « Energie Mutuelle Assistance Dépendance » pour connaître les modalités d'application de ces prestations.

Avec Energie Mutuelle...



RÉDUISEZ
TOUT OU PARTIE
DE VOTRE RESTE
À CHARGE
(OPTIQUE, DENTAIRE,
OSTÉOPATHIE)



ACCOMPAGNÉ
PAR DE NOUVEAUX SERVICES
COMME LA TÉLÉCONSULTATION
MÉDICALE, LE DEUXIÈME AVIS
MÉDICAL ET VISIBLE PATIENT
(cf. pages 11 à 13)



EFFECTUEZ
VOTRE DEMANDE DE PRISE
EN CHARGE HOSPITALIÈRE
DIRECTEMENT DEPUIS
VOTRE EXTRANET OU
L'APPLICATION MOBILE



ADHÉREZ
SANS DÉLAI DE CARENCE
NI QUESTIONNAIRE MÉDICAL



CHOISISSEZ
LA GARANTIE PERTE
D'AUTONOMIE/DÉPENDANCE*
(cf. page 14)



BÉNÉFICIEZ
D'UNE GAMME COMPLÈTE
DE REMBOURSEMENTS
SUR LES PRINCIPAUX POSTES
DE SANTÉ (OPTIQUE, DENTAIRE,
HOSPITALISATION ...)

ISO 9001:2015

BUREAU VERITAS
Certification



**GESTION DE VOTRE CONTRAT
CERTIFIÉE ISO 9001:2015**

* Prestation non incluse dans les garanties Sérénité, Préférence et Oxygène & Essentiel

Solidarité et Prévention

Vous devez faire face à une situation difficile suite à des dépenses liées à la santé, l'autonomie ou le handicap* ?

LE SERVICE SOLIDARITÉ ET PRÉVENTION INTERVIENT DANS LES DOMAINES SUIVANTS :



HANDICAP



TRANSPORT



DENTAIRE



HYGIÈNE



PSYCHOMOTRICITÉ



FRAIS DIVERS HOSPITALIER



ÉQUIPEMENT



CHAMBRE PARTICULIÈRE



HÉBERGEMENT TEMPORAIRE



ACCOMPAGNEMENT



AMÉNAGEMENT



OPTIQUE



AUTRES



UNE AIDE EXCEPTIONNELLE ET PONCTUELLE PEUT VOUS ÊTRE ACCORDÉE PAR LA COMMISSION SOCIALE

Le service Solidarité et Prévention d'Energie Mutuelle instruit les demandes d'aide sociale et vous aide à compléter votre dossier afin qu'il soit présenté lors de la Commission Sociale. Les commissions des Fonds Sociaux Energie Mutuelle et CSM peuvent aussi intervenir dans les dépenses de santé liées au handicap.

BÉNÉFICIEZ D'UN ACCOMPAGNEMENT DANS VOTRE PROJET D'AMÉNAGEMENT DE DOMICILE

Le service Solidarité et Prévention peut vous accompagner dans votre projet de maintien à domicile. En fonction de vos besoins, des devis seront réalisés par nos partenaires afin de vous aider à accomplir votre projet. En tant qu'adhérent à Energie Mutuelle, vous et vos ayants droit bénéficiez de tarifs préférentiels. Contactez notre équipe qui répondra à toutes vos demandes d'informations ou de devis.

FORFAIT ÉQUIPEMENT HANDICAP

Votre garantie Energie Mutuelle peut également vous permettre de bénéficier d'un forfait annuel Équipement Handicap pouvant aller jusqu'à 500€ par an : équipement et réparation pour les handicaps moteurs et visuels, sous réserve de présentation d'une facture acquittée relative aux frais engagés et d'être titulaire d'une carte d'invalidité de plus de 80%.

* Sous conditions



Vous souhaitez
prendre contact avec
le service Solidarité
et Prévention ?



PAR COURRIEL VIA LE SITE INTERNET
WWW.ENERGIEMUTUELLE.FR
RUBRIQUE « **SERVICE SOLIDARITÉ ET
PRÉVENTION** » PUIS CHOISIR L'OBJET
DE VOTRE DEMANDE



PAR COURRIER ADRESSÉ À
ENERGIE MUTUELLE
SERVICE SOLIDARITÉ ET PRÉVENTION
45 RUE GODOT DE MAUROY - 75009 PARIS

Qui peut bénéficier de ces aides ?

Une aide exceptionnelle peut être accordée, sous conditions, aux bénéficiaires des garanties suivantes :



Ainsi que les garanties fermées à l'adhésion : Ain 3, Socle, Souplesse, Equilibre IEG et Confort IEG.

Nos partenaires



En tant qu'adhérent Energie Mutuelle, vous bénéficiez désormais d'un accès aux réseaux Kalivia Optique, Audio et Kalixia Ostéo.
Accédez ainsi à un large choix de professionnels dans les domaines optiques, audioprothèse et ostéopathie, ainsi que des tarifs négociés et une qualité de service garantie.
Vous pouvez rechercher et géolocaliser facilement les professionnels de santé selon vos besoins et ainsi bénéficier des réseaux Kalivia sur la France entière.



Energie Mutuelle 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,
- Ainsi que les soins courants pour les adhérents relevant de la Sécurité sociale.

Vous bénéficiez donc d'accords de prises en charge Hospitalisation, Optique et Audioprothèse instantanés ainsi que d'un accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France. 236 000 professionnels de santé du réseau Viamedis acceptent votre carte de tiers payant.

Vous pouvez également les géolocaliser depuis votre espace personnel.



Depuis près de 20 ans, Indépendance Royale met tout son savoir-faire et son expérience dans la recherche de solutions innovantes pour permettre aux seniors de continuer à mieux vivre chez eux.

Entreprise française, Indépendance Royale propose ainsi une gamme complète d'équipements d'aménagement du domicile : douche de plain-pied, monte-escaliers, baignoires à porte, scooters, matelas de massage, literie ergonomique.

Les adhérents Energie Mutuelle bénéficient ainsi de tarifs préférentiels, d'un numéro de téléphone et d'un interlocuteur dédiés pour toutes les demandes d'information ou de devis.



Retrouvez l'ensemble de nos partenariats sur notre site Internet www.energiemutuelle.fr à la rubrique « Nos partenaires ».

Je souhaite renforcer mes garanties

Pour les bénéficiaires salariés et retraités de la CSM et ceux des garanties Sérénité et Préférence

JE CHOISIS
L'OPTION
SODELI
OU **CORT**



Groupe malakoff médéric humanis



POURQUOI ADHÉRER ?

Adhérent à la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM), à la CSM Evin, à Sérénité ou à Préférence, vous souhaitez renforcer vos garanties et diminuer votre reste à charge ?

Pensez à **Sodeli** ou **Cort** !

Ces deux options offrent ainsi des remboursements complémentaires sur les principaux postes de santé. Elles vous permettent également de bénéficier de tous les services proposés par Energie Mutuelle.



VOS AVANTAGES

- + DE PROTECTION**
Réduisez tout ou partie de votre reste à charge
- + DE SÉCURITÉ**
Bénéficiez, au choix, des prestations de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance (rente viagère, formations des aidants ...)
- + DE SERVICES**
Soyez couvert par les prestations d'assistance d'Energie Mutuelle Services (aide à domicile, garde d'enfants ...) et bénéficiez de la Téléconsultation Médicale et du Deuxième Avis Médical
- + D'EFFICACITÉ**
Profitez de meilleurs remboursements des frais de santé
- + DE SOUPLESSE**
Sans délai de carence ni de questionnaire de santé



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



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



Couverture santé
Garantie Perte d'Autonomie/Dépendance
Assistance - Energie Mutuelle Services
Téléconsultation Médicale
Deuxième Avis Médical

	eSodeli	eCort	Sodeli	Cort
	Renfort +	Renfort ++	Renfort +	Renfort ++
Couverture santé				
Garantie Perte d'Autonomie/Dépendance	✗	✗	✓	✓✓
Assistance - Energie Mutuelle Services	✓	✓	✓	✓
Téléconsultation Médicale	✓	✓	✓	✓
Deuxième Avis Médical	✓	✓	✓	✓



VOTRE COTISATION

La tranquillité d'esprit à partir de **8,43€** par mois



Vous souhaitez adhérer à Sodeli ou Cort ?

Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75

APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

PRESTATIONS 2019

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.

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CAMIEG*		CSM, CSM EVIN, SÉRÉNITÉ OU PRÉFÉRENCE	OU	
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE		SODELI	CORT

+ Soins courants

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics.

Visites et consultations de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	Selon la garantie souscrite	60%	100%
Visites et consultations de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%		40%	40%
Visites et consultations de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		-	50%
Visites et consultations de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		-	-
Actes techniques médicaux effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		10%	60%
Actes techniques médicaux effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		-	-
Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un professionnel de santé ou un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		10%	60%
Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%		-	-
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	-	-		20% des Frais Réels	30% des Frais Réels
Psychologue (4 séances par année civile)	-	-		-	25€ par séance
Auxiliaires médicaux	60%	60%		30%	70%
Analyses - Prélèvements	60%	60%	30%	70%	
Analyses hors nomenclature	-	-	10€	20€	
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	65%/ 30%/15%	35%/ 70%/85%	-	-	
Pansements	60%	60%	150%	200%	
Majoration de la prestation soins courants de 50% (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité	NON	NON	NON	NON	

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CAMIEG*		CSM, CSM EVIN, SÉRÉNITÉ OU PRÉFÉRENCE	OU	SODELI	CORT
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE				

Optique

Monture et verres acceptés SS : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont minorées ou majorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables.

Monture acceptée SS : un équipement par ENFANT (moins de 18 ans)	60%	260%	Selon la garantie souscrite	150% par équipement	300% par équipement
Verres acceptés SS : un équipement par ENFANT (moins de 18 ans)	60%	310%		150% par équipement	300% par équipement
Monture acceptée SS : un équipement par ADULTE	60%	700% + 15€ monture		30€	60€
Verres acceptés SS : un équipement par ADULTE	60%	800% + 15€ par verre		300%	600%
Lentilles acceptées SS : un équipement par bénéficiaire et par année civile	60%	645%		30€	60€
Lentilles acceptées SS : 2° équipement par année civile	60%	645%		300%	600%
Lentilles correctrices non prises en charge SS y compris adaptation : forfait annuel	-	Uniquement lentilles : Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€		30€	60€
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge SS (par œil)	-	-	150€	300€	

Dentaire

Actes pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire			Selon la garantie souscrite	-	50%
Soins (Codes CCAM : AXI, END, SDE, TDS)	70%	50%		50%	150%
Soins (Inlay-Onlay) (Code CCAM : INO)	70%	50%		75%	150%
Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%	425%		75%	150%
Orthodontie	100%	260%		100%	200%
Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire				50%	150%
Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM)	-	-		250€	500€
Orthodontie	-	-		5€	30€
Implant, maximum 5 par année civile (Code CCAM : IMP)	-	-		10€	60€
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	-	-		-	10€
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	-	-	250€	500€	
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	-	-	10% des Frais Réels	30% des Frais Réels	
Parodontologie (forfait annuel) (Code CCAM : TDS)	-	-			
Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités à 500€ par année civile	-	-			

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

Appareillage

Orthopédie et prothèse médicale	60%	60%/90%/150%/190%	Selon la garantie souscrite	50%	100%
Prothèse auditive unilatérale	60%	590%		150€	200€
Prothèses auditives bilatérales	60%	590%		300€	400€
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	60% de 36,59€	-		25€	30€
Véhicule pour handicapé accepté SS	100%	150%		-	-

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie supplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CAMIEG*		CSM, CSM EVIN, SÉRÉNITÉ OU PRÉFÉRENCE	OU	SODELI	CORT
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE				

H Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

Sans acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	80%	20%	Selon la garantie souscrite	-	100%
	Honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%	220%		-	100%
	Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%	220%		-	-
Avec acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	100%	-		-	100%
	Honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100%	200%		-	100%
	Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100%	200%		-	-
Franchise sur les actes CCAM > 120€		-	24€	-	-	
Forfait journalier		-	-	-	-	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans)		-	-	11€ / jour	16€ / jour	
Chambre particulière, hospitalisation complète		-	-	21€ / jour	32€ / jour	
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)		-	-	21€ / jour	32€ / jour	
Frais de transport		65%	35%	-	-	

Autres prestations

Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	65%	55%	Selon la garantie souscrite	175€	200€	
Vaccins (par vaccin)	-	-		20€	75€	
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	-	-		20€	75€	
Ostéodensitométrie	70%	50%		20€	75€	
Détartrage annuel des dents	70%	50%		-	-	
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70%	50%		-	-	
Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvements ou analyses non remboursés pour le dépistage du cancer de la prostate.	-	-		50€	150€	
Forfait Equipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	-		150€ / an pour les substituts nicotiniques	500€ / an	500€ / an

* Les données concernant le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.
¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné

+ DE SERVICES	Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI
	Téléconsultation Médicale	OUI	OUI
	Deuxième Avis Médical	OUI	OUI

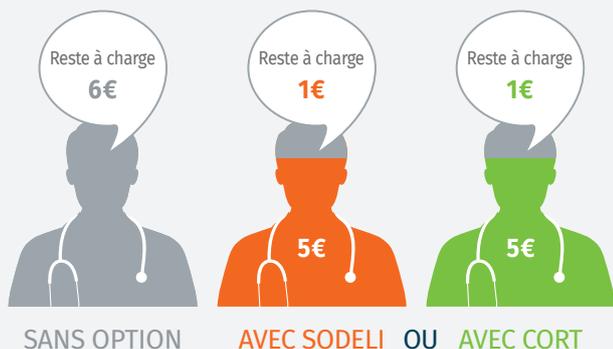
Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	100€ / mois	150€ / mois
Allocation équipement (GIR 3)	-	1 000€
Energie Mutuelle Assistance Dépendance	OUI	OUI

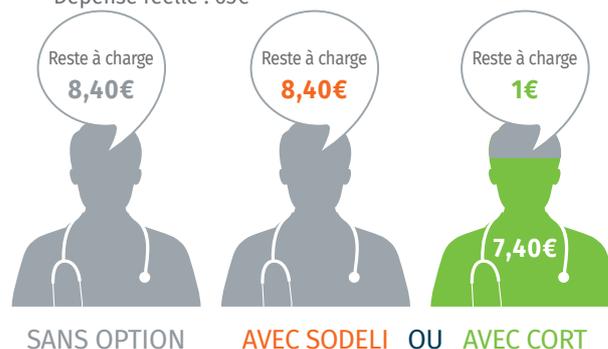
Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie :
 - et adhère en cotisation « Isolé », il ne pourra pas souscrire à la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
 - et adhère en cotisation « Famille », il pourra faire bénéficier son conjoint ou ascendant de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
 Conditions de versement : se reporter à l'article 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

● Reste à charge ● Remboursement Sodeli ● Remboursement Cort

1 CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS
 Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)
 Dépense réelle : 50€



2 CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS
 Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)/
 OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens
 Dépense réelle : 65€



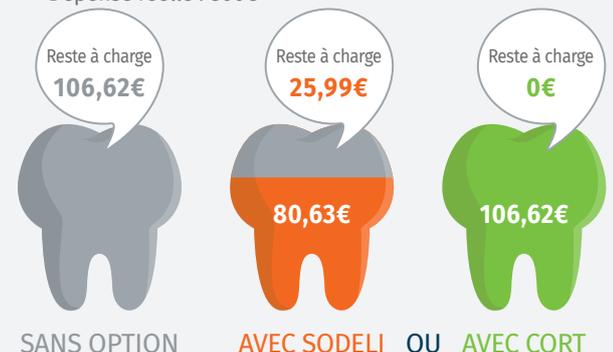
3 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)
 Verres unifocaux + monture
 Dépense réelle : Verres à 250€ la paire + Monture à 150€



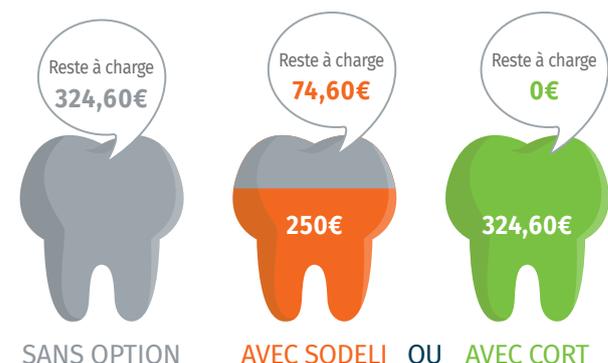
4 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)
 Verres multifocaux + monture
 Dépense réelle : Verres à 580€ la paire + Monture à 150€



5 PROTHÈSE DENTAIRE PFC (POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTÉE CÉRAMOMÉTALLIQUE OU EN ÉQUIVALENTS MINÉRAUX)
 Dépense réelle : 800€



6 IMPLANT DENTAIRE
 Dépense réelle : 1000€



Avec **Sodeli & Cort**, vos avantages s'additionnent :
RENFORCEMENT de vos remboursements + Energie Mutuelle Services
 + Téléconsultation Médicale + Deuxième Avis Médical
 + **Perte d'Autonomie / Dépendance**



Isolé

11,16€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€



Famille

19,27€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€



Isolé

24,03€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€



Famille

43,89€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€

Avec **eSodeli & eCort**, vos avantages s'additionnent :
RENFORCEMENT de vos remboursements + Energie Mutuelle Services
 + Téléconsultation Médicale + Deuxième Avis Médical



Isolé

8,43€^{TTC}



Famille

16,54€^{TTC}



Isolé

20,79€^{TTC}



Famille

40,65€^{TTC}

* Option sans garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Isolé : adhérent inscrit seul à la CSM, Sérénité, Préférence ou CSM Evin.

Famille : adhérent inscrit à la CSM, Sérénité, Préférence ou CSM Evin avec un ou plusieurs autres ayants droit de sa famille.



Vous souhaitez adhérer à Sodeli ou Cort ?

Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75
APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

N°Cristal 0 969 32 37 37
APPEL NON SURTAXE

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

 **Energie**
 MUTUELLE

Groupe malakoff médéric humanis



Je suis en **inactivité** et souhaite continuer à bénéficier des **garanties CSM**

JE CHOISIS
LA GARANTIE
SÉRÉNITÉ

Pour les anciens salariés statutaires IEG et leur conjoint et ayants droit de la Camieg



POURQUOI ADHÉRER ?

Vous êtes ancien salarié ou agent inactif des IEG et vous bénéficiez de la Camieg ? La garantie Sérénité a été pensée pour vous et vos ayants droit.

Sérénité vous offre la même couverture santé que les salariés et agents IEG en activité. Elle intervient en troisième niveau après la part complémentaire Camieg.



VOS AVANTAGES

+ DE PROTECTION

Une couverture santé haut de gamme
Réduisez tout ou partie de votre reste à charge

+ DE SERVICES

Soyez couvert par les prestations d'assistance d'Energie Mutuelle Services (aide à domicile, courses ...) et bénéficiez de la **Téléconsultation Médicale** et du **Deuxième Avis Médical**

+ D'EFFICACITÉ

Profitez des **mêmes prestations** que les salariés et agents des IEG

+ DE SOUPLESSE

Sans délai de carence ni de questionnaire de santé



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



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

VOTRE COTISATION



1,20% du PMSS (*)

2,15% du PMSS (*)

Cotisation mensuelle TTC

40,52€ / mois

72,61€ / mois

* Cotisations calculées à partir du PMSS 2019

+ DE FIDÉLITÉ

VOTRE BUDGET PRÉSERVÉ

RÉDUISEZ DE **10%** VOTRE COTISATION GLOBALE

SÉRÉNITÉ + **OPTION SODELI OU CORT CHOISIE**



AVANTAGE SÉRÉNITÉ DUO



Vous souhaitez adhérer à Sérénité, Sodeli ou Cort ? Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75

APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

PRESTATIONS 2019

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 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.

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CAMIEG*		SÉRÉNITÉ
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	

+ Soins courants

	RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	SÉRÉNITÉ
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	60% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	40% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	60%	60%	50% de la BR
Analyses, prélèvements	60%	60%	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7% du PMSS
Pansements	60%	60%	40% de la BR

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

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.



Optique

Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.

Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	700% + 15€ monture	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	260%	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	800% + 15€/verre	1 500% de la BR
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	60%	645%	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par œil)	-	-	32% du PMSS

Dentaire

Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	70%	50%	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%	425%	150% de la BR
Prothèses refusées Sécurité sociale mais dans la nomenclature (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM)	-	-	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100%	260%	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	70%	425%	10,5% du PMSS
Implants (maximum 5 par an) (Codes CCAM : IMP)	-	-	20% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire (Codes CCAM : PDT) :			
1 ou 2 dents	-	-	2% du PMSS
3 dents	-	-	4% du PMSS
par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) (Codes CCAM : TDS)	-	-	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par an (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE)	-	-	30% des frais réels

Appareillage

Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	60% / 100%	60% / 90% / 150% / 190%	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60%	590%	18% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	60% de 36,59€	-	1,4% du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

CAMIEG*		SÉRÉNITÉ
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	

Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné	80% / 100%	20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	100% de la BR
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	80% / 100%	220% / 200%	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	-	-	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1% du PMSS
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour

Remarques

- Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.
- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.
- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :
 - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

Autres prestations

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65%	55%	8% du PMSS
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS
pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS
ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS
détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	70% de la BR
Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - substituts nicotiques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin.	-	-	3,85% du PMSS
	150€/an pour les substituts nicotiques		

+ DE SERVICES	Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI
	Téléconsultation Médicale	OUI
	Deuxième Avis Médical	OUI

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

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

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

rbt = remboursement

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2019 est de 3 377€).

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS 2019



POUR LES ADHÉRENTS BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE SÉRÉNITÉ

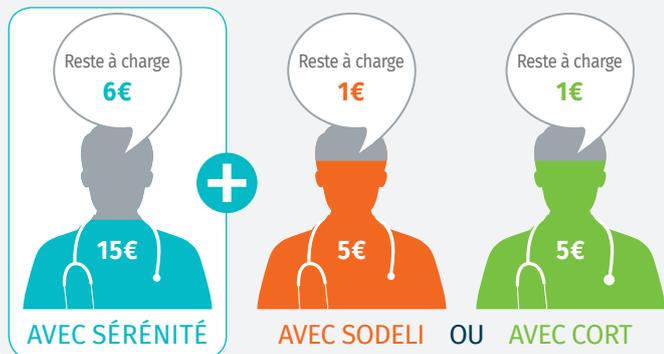
● Reste à charge ● Remboursement Sérénité ● Remboursement Sodeli ● Remboursement Cort

1 CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

Dépense réelle : 50€

RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 21€

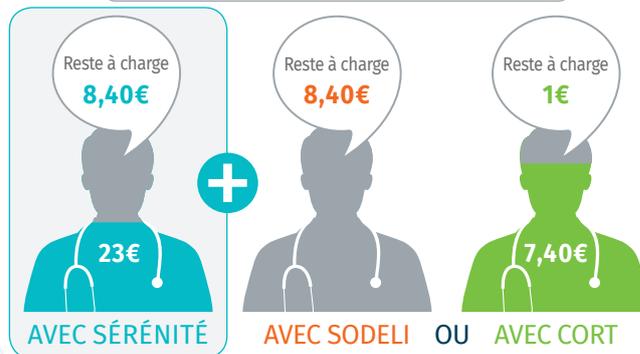


2 CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

Dépense réelle : 65€

RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 31,40€

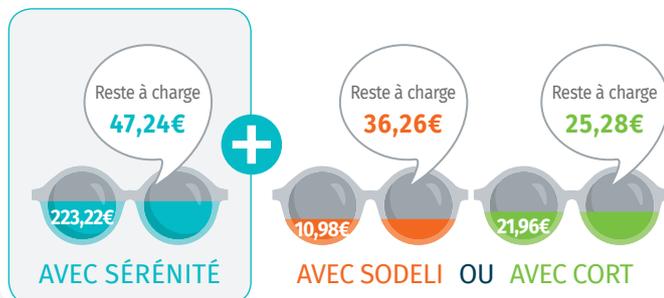


3 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)

Verres unifocaux + monture

Dépense réelle : Verres à 250€ la paire + Monture à 150€

RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 270,46€

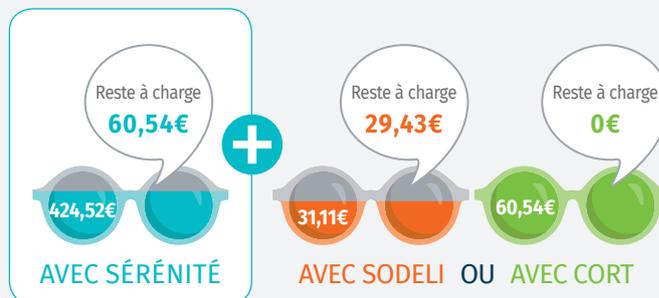


4 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)

Verres multifocaux + monture

Dépense réelle : Verres à 580€ la paire + Monture à 150€

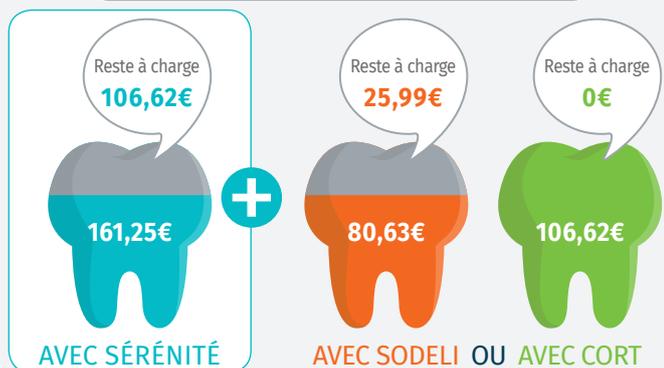
RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 485,06€



5 PROTHÈSE DENTAIRE PFC (POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTÉE CÉRAMOMÉTALLIQUE OU EN ÉQUIVALENTS MINÉRAUX)

Dépense réelle : 800€

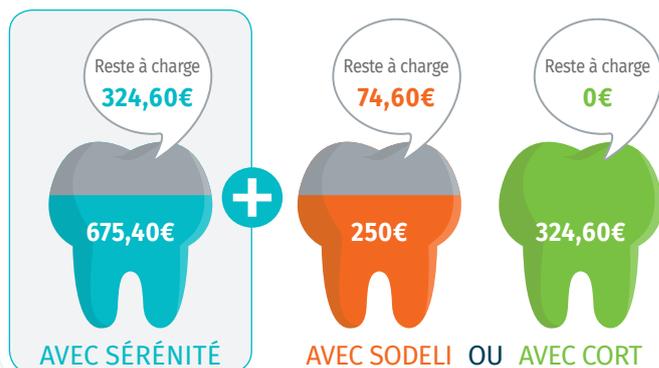
RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 267,87€



6 IMPLANT DENTAIRE

Dépense réelle : 1000€

RESTE À CHARGE SANS SÉRÉNITÉ : 1000€



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



Consultez le site Internet www.energiemutelle.fr pour prendre connaissance des éventuelles mises à jour des exemples de remboursements.



**+ DE
FIDÉLITÉ**

VOTRE BUDGET PRÉSERVÉ

RÉDUISEZ DE **10%** VOTRE COTISATION GLOBALE

**SÉRÉNITÉ + OPTION SODELI
OU CORT CHOISIE**

**AVANTAGE
SÉRÉNITÉ
DUO**



Isolé



Famille



Isolé



Famille



1,20% du PMSS (*) | 2,15% du PMSS (*)

Cotisation TTC **40,52€ / mois | 72,61€ / mois**



Cotisation TTC **11,16€ / mois | 19,27€ / mois**
Incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€

Cotisation globale Sérénité + (e)Sodeli **51,68€ / mois | 91,88€ / mois**

Avantage Sérénité DUO **- 5,17€ / mois | - 9,19€ / mois**

Cotisation globale Sérénité + (e)Sodeli DUO **46,51€ / mois | 82,69€ / mois**



8,43€ / mois | 16,54€ / mois

48,95€ / mois | 89,15€ / mois

- 4,90€ / mois | - 8,91€ / mois

44,05€ / mois | 80,24€ / mois



Cotisation TTC **24,03€ / mois | 43,89€ / mois**
Incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€

Cotisation globale Sérénité + (e)Cort **64,55€ / mois | 116,50€ / mois**

Avantage Sérénité DUO **- 6,45€ / mois | - 11,65€ / mois**

Cotisation globale Sérénité + (e)Cort DUO **58,10€ / mois | 104,85€ / mois**



20,79€ / mois | 40,65€ / mois

61,31€ / mois | 113,26€ / mois

- 6,13€ / mois | - 11,33€ / mois

55,18€ / mois | 101,93€ / mois

* Cotisations calculées à partir du PMSS 2019



Vous souhaitez adhérer à Sérénité, Sodeli ou Cort ?
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75
APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h



Je pars à la **retraite** et souhaite maintenir mes **garanties CSM**

Pour les salariés statutaires des IEG et leur conjoint et ayants droit Camieg

JE CHOISIS L'OPTION **CSM EVIN RETRAITÉ IEG**



POURQUOI ADHÉRER ?

Dans le cadre de votre prochain départ en retraite, vous et vos ayants droits couverts par la Camieg pouvez continuer à **bénéficier des mêmes prestations santé CSM** et **des mêmes services grâce à la garantie CSM Evin**. Vous disposez d'un **délai légal de 6 mois** maximum à compter de la date de passage à la retraite pour **adhérer à la garantie CSM Evin**.

Au-delà de cette date, aucune demande ne pourra être acceptée.



VOS AVANTAGES

-  Vos interlocuteurs restent les mêmes
-  Pas de délai de carence, pas d'interruption de remboursement
-  Démarche simplifiée



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



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

VOTRE COTISATION

Le décret n°2017-372 du 21 mars 2017 prévoit désormais pour le souscripteur **une évolution progressive des cotisations pendant les trois premières années** suivant la souscription de la garantie CSM Evin, dont les garanties sont identiques pour les actifs et les retraités.

Les plafonds annuels sont respectivement de 100%, 125% et 150% de la cotisation salariés IEG actifs.

Pour vous, une cotisation calculée à partir de votre salaire de référence (*)

1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année
0,766% de votre salaire de référence, dans la limite de 25,87€ TTC / mois	0,958% de votre salaire de référence, dans la limite de 32,35€ TTC / mois	1,149% de votre salaire de référence, dans la limite de 38,80€ TTC / mois

Pour votre conjoint et vos ayants droit : **une cotisation unique**

0,84% du PMSS, soit de 28,37€ TTC / mois

(*) Dans la limite du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, révisable annuellement)



Vous souhaitez adhérer à CSM Evin, Sodelia ou Cort ?
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

 **N°Cristal 0 969 32 15 75**
APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h



propose >

CSM EVIN-RETRAITÉ IEG

POUR LES SALARIÉS STATUTAIRES DES IEG ET LEUR CONJOINT ET AYANTS DROIT CAMIEG

PRESTATIONS 2019

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 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.

NATURE DES PRESTATIONS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la CAMIEG pour les soins réalisés à partir du 01/01/2019.

CAMIEG*		CSM EVIN - RETRAITÉ IEG
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	

+ Soins courants			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	60% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	40% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	60%	60%	50% de la BR
Analyses, prélèvements	60%	60%	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7% du PMSS
Pansements	60%	60%	40% de la BR

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

NATURE DES PRESTATIONS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la CAMIEG pour les soins réalisés à partir du 01/01/2019.

CAMIEG*		CSM EVIN - RETRAITÉ IEG
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	

Optique

Remboursement CSM limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.

Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	700% + 15€ monture	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	260%	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	800% + 15€/verre	1 500% de la BR
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	60%	645%	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par œil)	-	-	32% du PMSS

Dentaire

Soins	70%	50%	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	70%	425%	150% de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100%	260%	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	70%	425%	10,5% du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	-	-	20% du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires :			
1 ou 2 dents	-	-	2% du PMSS
3 dents	-	-	4% du PMSS
par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par an	-	-	30% des frais réels

Appareillage

Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	60% / 100%	60% / 90% / 150% / 190%	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60%	590%	18% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS

NATURE DES PRESTATIONS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la CAMIEG pour les soins réalisés à partir du 01/01/2019.

CAMIEG*		CSM EVIN - RETRAITÉ IEG
RÉGIME DE BASE	PART COMPLÉMENTAIRE	

H Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné	80% / 100%	20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	100% de la BR
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% / 100%	220% / 200%	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	-	-	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1% du PMSS
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour

Remarques

- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.
- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.
- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :
 - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

Autres prestations

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	65%	55%	8% du PMSS
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS
pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS
ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS
détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	70% de la BR
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - substituts nicotiques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin.	-	-	3,85% du PMSS
	150€/an pour les substituts nicotiques		

* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Mutieg A Asso.

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

rbt = remboursement

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2019 est de 3 377€).

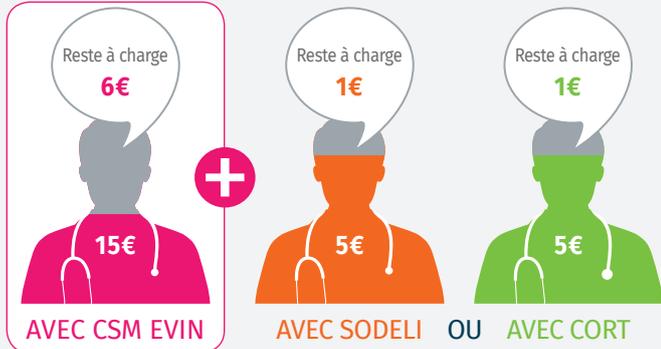
Le cumul des remboursements (Régime spécial et Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

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

● Reste à charge ● Remboursement CSM Evin ● Remboursement Sodeli ● Remboursement Cort

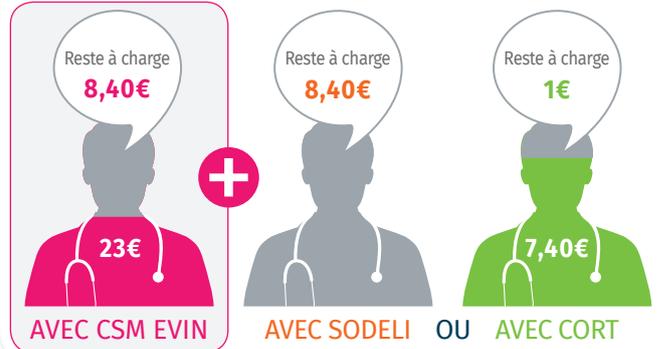
1 CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS
 Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)
 Dépense réelle : 50€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 21€



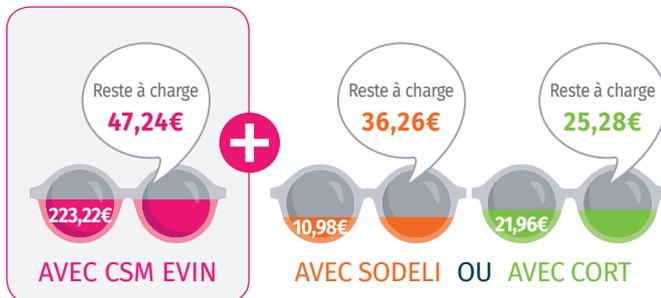
2 CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS
 Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)
 Dépense réelle : 65€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 31,40€



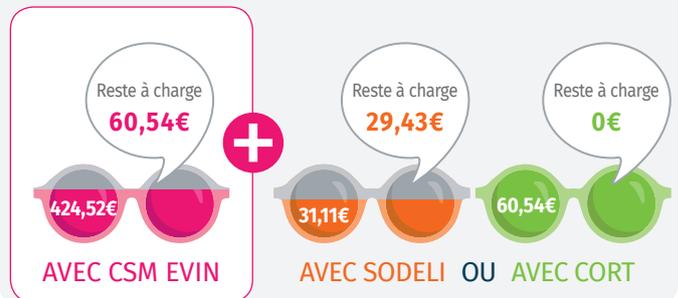
3 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)
 Verres unifocaux + monture
 Dépense réelle : Verres à 250€ la paire + Monture à 150€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 270,46€



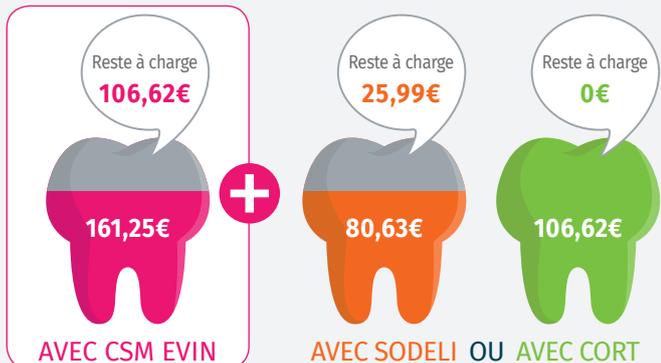
4 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)
 Verres multifocaux + monture
 Dépense réelle : Verres à 580€ la paire + Monture à 150€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 485,06€



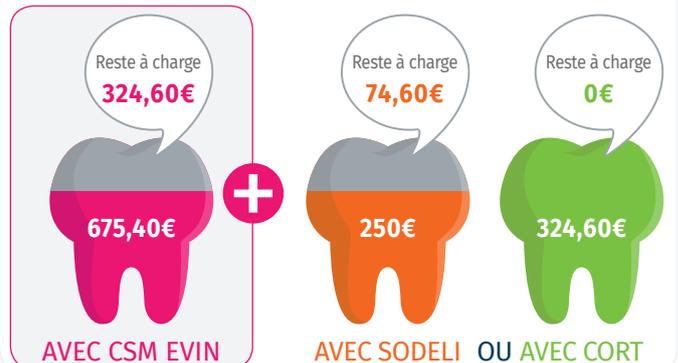
5 PROTHÈSE DENTAIRE PFC (POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTÉE CÉRAMOMÉTALLIQUE OU EN ÉQUIVALENTS MINÉRAUX)
 Dépense réelle : 800€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 267,87€



6 IMPLANT DENTAIRE
 Dépense réelle : 1000€

RESTE À CHARGE SANS CSM EVIN : 1000€





Isolé



Famille

CSM EVIN-RETRAITÉ IEG

1^{re} année

0,766% de votre salaire de référence, dans la limite de 25,87€ TTC / mois*

2^e année

0,958% de votre salaire de référence, dans la limite de 32,35€ TTC / mois*

3^e année

1,149% de votre salaire de référence, dans la limite de 38,80€ TTC / mois*

0,84% du PMSS,
soit
28,37€ TTC / mois**

* Calculée à partir de votre salaire de référence, dans la limite du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, révisable annuellement)
** Cotisation calculée à partir du PMSS 2019



Vous souhaitez adhérer à CSM Evin, Sodeli ou Cort ?
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

▶ N°Cristal 0 969 32 15 75

APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

www.energiemutuelle.fr/mutiegA

47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - Tél. : 0969324646
Association Loi 1901 – SIRET 524 618 436 00025 – APE 6512Z

Energie Mutuelle, Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9



Je souhaite bénéficier des **mêmes garanties santé CSM** que les bénéficiaires du statut IEG

JE CHOISIS LA GARANTIE **PRÉFÉRENCE**

Pour les anciens agents des IEG **non-Camieg** ainsi que les ayants droit (conjoint, enfants) **non-Camieg** d'un agent actif ou inactif des IEG



POURQUOI ADHÉRER ?

Vous êtes un ex-agent des IEG non-Camieg ou un ayant droit (conjoint, enfant) non-Camieg d'un agent actif ou inactif des IEG ?

La garantie Préférence a été pensée pour vous et vos ayants droit.

Cette couverture santé est dédiée aux ex-agents des IEG et ouverte à tout adhérent extérieur au régime des IEG désireux de bénéficier des mêmes garanties ainsi que de services exclusifs.



VOS AVANTAGES

+ DE PROTECTION

Une couverture santé haut de gamme
Réduisez tout ou partie de votre **reste à charge**

+ DE SERVICES

Soyez couvert par les prestations d'assistance d'**Energie Mutuelle Services** (aide à domicile, garde d'enfants ...) et bénéficiez de la **Téléconsultation Médicale** et du **Deuxième Avis Médical**

+ D'EFFICACITÉ

Profitez des **mêmes prestations** que les salariés et agents des IEG

+ DE SOUPLÉSSE

Sans délai de carence ni de questionnaire de santé



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



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

VOTRE COTISATION

	Isolé		Famille	
	Taux PMSS*	€/mois	Taux PMSS*	€/mois
Moins de 30 ans	0,93%	31,41€	2,39%	80,71€
De 30 à 39 ans	1,48%	49,98€	3,81%	128,66€
De 40 à 49 ans	2,19%	73,96€	5,04%	170,20€
De 50 à 59 ans	2,72%	91,85€	5,77%	194,85€
60 ans et plus	3,20%	108,06€	6,75%	227,95€

* Cotisations calculées à partir du PMSS 2019



Vous souhaitez adhérer à Préférence, Sodéli ou Cort ?
Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75
APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h





propose >



POUR LES ANCIENS AGENTS DES IEG NON CAMIEG
AINSI QUE LES AYANTS DROIT (CONJOINT, ENFANTS) NON CAMIEG D'UN AGENT ACTIF OU INACTIF DES IEG

PRESTATIONS 2019

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 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.

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

RÉGIME GÉNÉRAL*

PRÉFÉRENCE**

+ Soins courants

Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	110% BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	90% BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	150% BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	130% BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	150% BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	130% BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	34€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	60%	110% BR
Analyses, prélèvements	60%	110% BR
Analyses hors nomenclature	-	0,7% du PMSS
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	65%/30%/15%	35%/70%/85% BR
Pansements	60%	100% BR
Le taux de remboursement est majoré de 50% (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80% ou titulaires de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	-	OUI

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

RÉGIME GÉNÉRAL*

PRÉFÉRENCE**

**Optique**

Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.

Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	150€
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	150€
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	2 300% BR + 15€ par verre
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	750% BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60%	645% BR + 1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables et adaptation (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ + 7,35% du PMSS Enfant : 151,20€ + 7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par œil)	-	32% du PMSS

**Dentaire****Actes pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire**

Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	70%	150% BR
Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%	575% BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	70%	425% BR + 10,5% du PMSS
Orthodontie	100%	460% BR

Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire

Prothèses refusées Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM)	-	150% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	300% BR
Implant, maximum 5 par année civile (Code CCAM : IMP)	-	20% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	-	2% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	-	4% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	-	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) (Code CCAM : TDS)	-	8,4% du PMSS
Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités à 500€ par année civile	-	30% des Frais Réels

**Appareillage**

Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	60%/100%	290% BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60%	590% BR + 18% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590% BR + 36% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	60%	1,4% du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150% BR + 90% du PMSS

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Les remboursements de la garantie surcomplémentaire complètent les remboursements du régime maladie obligatoire et du ou des contrat(s) d'assurance maladie complémentaire dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

RÉGIME GÉNÉRAL*

PRÉFÉRENCE**

H Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

Frais de séjour et frais de salle d'opération (dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné)	80%/100%	120%/100%
Honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%/100%	320%/300%
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%/100%	120%/100%
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-	24€
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	-	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	1% du PMSS / jour
Chambre particulière	-	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	2,1% du PMSS / jour
Frais de transport	65%	35% BR

Remarques

- Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.
- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.
- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :
 - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

Autres prestations

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale	65%	55% BR + forfait 8% du PMSS par cure
Prévention :		
- Vaccins (montant par vaccin)	-	1,75% du PMSS
- Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	-	1,75% du PMSS
- Ostéodensitométrie	70%	50% BR + 2,8% du PMSS
- Détartrage annuel des dents	70%	120% BR
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70%	120% BR
Pack Prévention annuel comprenant :	-	3,85% du PMSS
- psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ;		
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;		
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ;		
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;		
- substituts nicotiques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin.	150€/an pour les substituts nicotiques	

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

** Hors remboursements du Régime Général

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

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2019 est de 3 376€).

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.

+ DE SERVICES

Assistance (Energie Mutuelle Services)

OUI

Téléconsultation Médicale

OUI

Deuxième Avis Médical

OUI

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS 2019



POUR LES ADHÉRENTS BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE PRÉFÉRENCE

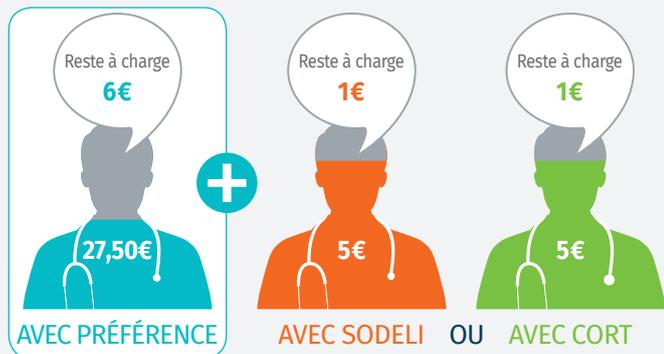
● Reste à charge ● Remboursement Préférence ● Remboursement Sodeli ● Remboursement Cort

1 CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

Dépense réelle : 50€

RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 33,50€

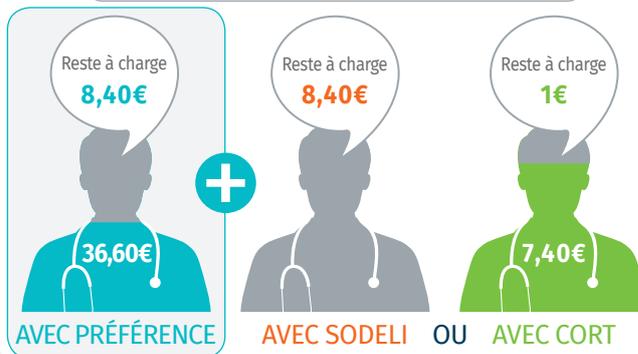


2 CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS

Médecin signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

Dépense réelle : 65€

RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 45€

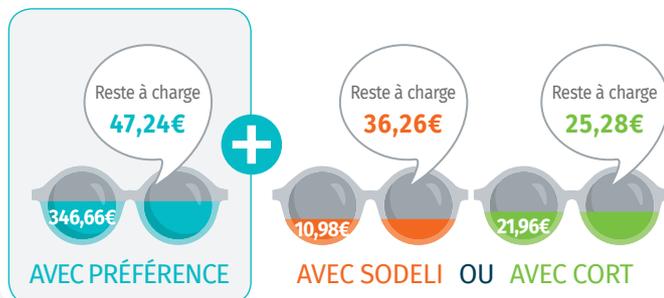


3 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)

Verres unifocaux + monture

Dépense réelle : Verres à 250€ la paire + Monture à 150€

RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 393,90€

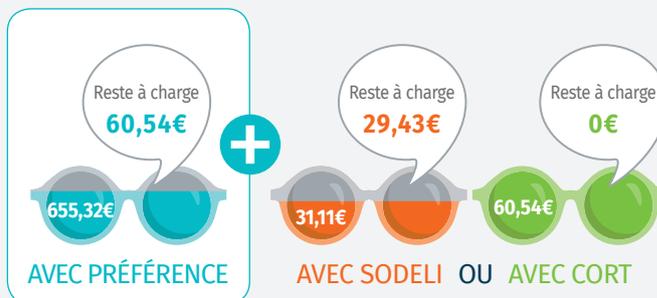


4 OPTIQUE ADULTE : UN ÉQUIPEMENT TOUS LES 2 ANS (DANS LA LIMITE DES PLANCHERS ET PLAFONDS DU CONTRAT RESPONSABLE)

Verres multifocaux + monture

Dépense réelle : Verres à 580€ la paire + Monture à 150€

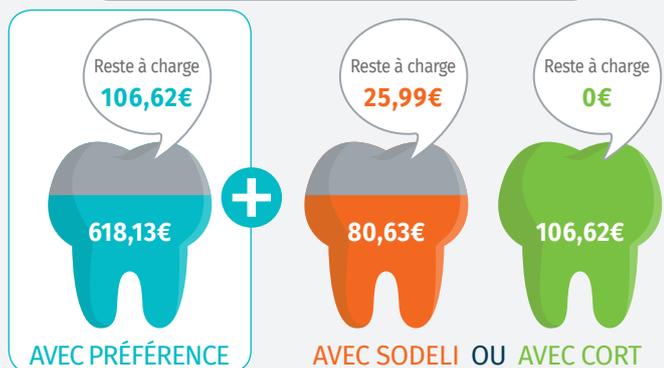
RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 715,86€



5 PROTHÈSE DENTAIRE PFC (POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTÉE CÉRAMOMÉTALLIQUE OU EN ÉQUIVALENTS MINÉRAUX)

Dépense réelle : 800€

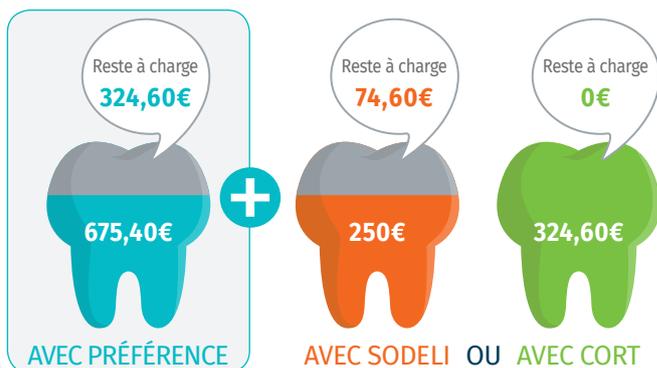
RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 724,75€



6 IMPLANT DENTAIRE

Dépense réelle : 1000€

RESTE À CHARGE SANS PRÉFÉRENCE : 1000€



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



Consultez le site Internet www.energiemutelle.fr pour prendre connaissance des éventuelles mises à jour des exemples de remboursements.

COTISATIONS 2019



Isolé



Famille

	Taux PMSS* €/mois		Taux PMSS* €/mois	
Moins de 30 ans	0,93%	31,41€	2,39%	80,71€
De 30 à 39 ans	1,48%	49,98€	3,81%	128,66€
De 40 à 49 ans	2,19%	73,96€	5,04%	170,20€
De 50 à 59 ans	2,72%	91,85€	5,77%	194,85€
60 ans et plus	3,20%	108,06€	6,75%	227,95€

* Cotisations calculées à partir du PMSS 2019

Vous bénéficiez du Régime Local d'Alsace-Moselle ?
Nous vous invitons à contacter Energie Mutuelle afin de connaître le montant de votre cotisation.



Vous souhaitez adhérer à Préférence ?

Nos conseillers dédiés répondent à vos questions au :

N°Cristal 0 969 32 15 75
APPEL NON SURTAXE

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

N°Cristal 0 969 32 37 37
APPEL NON SURTAXE

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

 **Energie**
MUTUELLE

Groupe malakoff médéric humanis

PRESTATIONS 2019

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

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

Compléments et Forfaits Energie Mutuelle 2019

NATURE DES PRESTATIONS

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

RÉGIME GÉNÉRAL*	EQUILIBRE AM	OU	CONFORT AM
-----------------	--------------	----	------------

+ Soins courants

Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	90%	140%
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	70%	120%
Actes techniques médicaux, d'imagerie, d'échographie, de radiologie (hors médecins)	70%	90%	140%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	-	50%	50%
Auxiliaires médicaux	60%	60%	120%
Analyses - Prélèvements	60%	80%	120%
Analyses hors nomenclature	-	20€	30€
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	65%/30%/15%	35%/70%/-	35%/70%/-
Pansements	60%	135%	200%
Majoration de la prestation soins courants de 50% (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité	NON	NON	OUI

👁️👂 Optique et Appareillage

Monture et verres acceptés SS : depuis le 1^{er} janvier 2016, remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont minorées ou majorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables.

Monture	60%	50€	65€
Par verre	60%	86€	126€
Lentilles acceptées SS (1 équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60%	222€	317€
Lentilles correctrices non prises en charge SS y compris adaptation : forfait annuel	-	220€	315€
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)	-	315€	410€
Orthopédie et prothèse médicale	60%	70%	135%
Prothèse auditive unilatérale	60%	380€	400€
Prothèses auditives bilatérales	60%	520€	720€
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	36,59€	60€	60€
Véhicule pour handicapé accepté SS	100%	2 300€	2 300€

NATURE DES PRESTATIONS

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

RÉGIME GÉNÉRAL*

EQUILIBRE AM

OU

CONFORT AM

Dentaire

Actes pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire	RÉGIME GÉNÉRAL*	EQUILIBRE AM	CONFORT AM
Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	70%	90%	140%
Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%	190%	210%
Orthodontie	100%	235%	300%
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires 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 (Codes CCAM : PAR, PAM, PDT, PFC, PFM), sur frais réels limités à 50% du PMSS par année civile	-	75% des Frais Réels	95% des Frais Réels
Orthodontie	-	300%	400%
Implantologie (Code CCAM : IMP)	-	30% des Frais Réels	40% des Frais Réels
Parodontologie (Code CCAM : TDS) : forfait maximum par année civile	-	540€	600€
Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités à 500€ par année civile	-	15% des Frais Réels	30% des Frais Réels

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné)	80%/100%	100%	200%
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-	24€	24€
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%/100%	100%	125%
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80%/100%	80%	100%
Forfait journalier	-	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	25€ / jour	25€ / jour
Chambre particulière, hospitalisation complète (120 jours par année civile)	-	80€ / jour	90€ / jour
Chambre particulière ambulatoire (sans hébergement)	-	30€	30€
Chambre particulière maternité	-	80€ / jour	90€ / jour
Frais de transport	65%	35%	35%

Autres prestations

Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	65%	400€	400€
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 2 curistes	65%	600€	600€
Frais de transport	65%	35%	35%
Vaccins (par vaccin)	-	50€	50€
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	-	60€	70€
Ostéodensitométrie	70%	80€	80€
Détartrage annuel des dents	70%	70%	140%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70%	70%	140%
Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	-	110€	220€
Forfait Equipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicapés 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

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. Le projet de PMSS connu au moment de l'édition du présent document est fixé à 3 377€.**+ DE SERVICES**

Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	OUI	OUI

Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	100€ / mois	150€ / mois
Allocation équipement (GIR 3)	-	1 000€
Energie Mutuelle Assistance Dépendance	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 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

1	CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS	Médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	Médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)
Exemple de dépense réelle :			
		50,00€	50,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :			
		25,00€	23,00€
	Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)	17,50€	16,10€
	Participation forfaitaire	-1,00€	-1,00€
	RESTE À CHARGE	33,50€	34,90€
	Supplément EQUILIBRE AM (90% de la BR si médecin signataire, 70% de la BR si médecin non signataire)	22,50€	16,10€
	RESTE À CHARGE FINAL EQUILIBRE AM	11,00€	18,80€
	Supplément CONFORT AM (140% de la BR si médecin signataire, 120% de la BR si médecin non signataire)	32,50€	27,60€
	RESTE À CHARGE FINAL CONFORT AM	1,00€	7,30€

2	CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS	Médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	Médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)
Exemple de dépense réelle :			
		65,00€	65,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :			
	Consultation spécialiste	23,00€	23,00€
	Majoration de coordination spécialiste	5,00€	Aucun
	Majoration forfaitaire transitoire	2,00€	Aucun
	Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base dans le parcours)	21,00€	16,10€
	Participation forfaitaire	-1,00€	-1,00€
	RESTE À CHARGE	45,00€	49,90€
	Supplément EQUILIBRE AM (90% de la BR si médecin signataire*, 70% de la BR si médecin non signataire)	22,80€	16,10€
	RESTE À CHARGE FINAL EQUILIBRE AM	22,20€	33,80€
	Supplément CONFORT AM (140% de la BR si médecin signataire*, 120% de la BR si médecin non signataire)	34,30€	27,60€
	RESTE À CHARGE FINAL CONFORT AM	10,70€	22,30€

* 90% ou 140% de la consultation spécialiste + 30% des majorations coordination spécialiste et forfaitaire transitoire

3	OPTIQUE ADULTE : 1 ÉQUIPEMENT SUR 2 ANS		
Exemple de dépense réelle :			
	Monture		350,00€
	Verres		150,00€
			100,00€ chaque
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :			
	Monture		2,84€
	Verres		7,32€
	Régime Général de Sécurité sociale (60% de la base)		6,10€
	RESTE À CHARGE		343,90€
	Supplément monture EQUILIBRE AM (50€)		50,00€
	Supplément verres EQUILIBRE AM (86€ par verre)		172,00€
	RESTE À CHARGE FINAL EQUILIBRE AM		121,90€
	Supplément monture CONFORT AM (65€)		65,00€
	Supplément verres CONFORT AM (126€ par verre)		195,60€
	RESTE À CHARGE FINAL CONFORT AM		83,30€

4	PROTHÈSE DENTAIRE PFC (pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux)		
Exemple de dépense réelle :			
			600,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :			
			107,50€
	Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)		75,25€
	RESTE À CHARGE		524,75€
	Supplément EQUILIBRE AM (190% de la base)		204,25€
	RESTE À CHARGE FINAL EQUILIBRE AM		320,50€
	Supplément CONFORT AM (210% de la base)		225,75€
	RESTE À CHARGE FINAL CONFORT AM		299,00€

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



Consultez le site Internet www.energiemutuelle.fr pour prendre connaissance des éventuelles mises à jour des exemples de remboursements.

COTISATIONS 2019

Les personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion ne sont pas couvertes par une première complémentaire santé. Energie Mutuelle intervient en complémentaire après la Sécurité sociale.

AVEC Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical

 + Perte d'Autonomie / Dépendance



 
Isolé ou Famille

64,81€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€



 
Isolé ou Famille

100,76€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€

AVEC Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical

SANS Perte d'Autonomie / Dépendance



 
Isolé ou Famille

62,08€^{TTC}



 
Isolé ou Famille

97,52€^{TTC}

* Sans garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Isolé : seul le conjoint du salarié ou du retraité des IEG s'inscrit sur le bulletin d'adhésion.

Famille : le conjoint du salarié ou du retraité des IEG s'inscrit sur le bulletin d'adhésion avec un ou plusieurs enfants à sa charge au sens de l'Assurance Maladie et ne bénéficie pas de la Camieg.

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

 **N°Cristal 0 969 32 37 37**

APPEL NON SURTAXE

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


Groupe malakoff médéric humanis

POUR LES CONJOINTS NON CAMIEG DES SALARIÉS ET DES RETRAITÉS DES IEG
COUVERTS PAR UNE PREMIÈRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

PRESTATIONS 2019

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.

Compléments et Forfaits
Energie Mutuelle 2019

NATURE DES PRESTATIONS

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



+ Soins courants

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics.

Visites et consultations de médecins généralistes	70%	Selon la complémentaire santé souscrite	90%	140%
Visites et consultations de médecins spécialistes	70%		90%	140%
Actes techniques médicaux	70%		90%	140%
Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie	70%		90%	140%
Consultations médecins acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs et étioopathes sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	-		50%	50%
Auxiliaires médicaux	60%		60%	120%
Analyses - Prélèvements	60%		80%	120%
Analyses hors nomenclature	-		20€	30€
Pansements	60%		135%	200%
Majoration de la prestation soins courants de 50% (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

NATURE DES PRESTATIONS

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

 RÉGIME
GÉNÉRAL*

 COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ

EQUILIBRE R2
surcomplémentaire

CONFORT R2
surcomplémentaire

 Optique et Appareillage				
Verres et/ou monture acceptés SS, lentilles acceptées SS : 1 ^{re} paire par année civile	60%	Selon la complémentaire santé souscrite	222€	317€
Verres et/ou monture acceptés SS, lentilles acceptées SS : 2 ^e paire par année civile	60%		112€	162€
Lentilles correctrices non prises en charge SS y compris adaptation : forfait annuel	-		220€	315€
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)	-		315€	410€
Orthopédie et prothèse médicale	60%		70%	135%
Prothèse auditive unilatérale	60%		380€	400€
Prothèses auditives bilatérales	60%		520€	720€
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	36,59€		60€	60€
Véhicule pour handicapé accepté SS	100%	2 300€	2 300€	

 Dentaire					
Actes pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire					
Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	70%	Selon la complémentaire santé souscrite	90%	140%	
Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%		190%	210%	
Orthodontie	100%		235%	300%	
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire :	-		1 000€	1 250€	
Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire					
Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PDT, PFC, PFM), sur frais réels limités à 50% du PMSS par année civile	-		75% des Frais Réels	95% des Frais Réels	
Orthodontie	-		300%	400%	
Implantologie (Code CCAM : IMP)	-		30% des Frais Réels	40% des Frais Réels	
Parodontologie (Code CCAM : TDS) : forfait maximum par année civile	-	540€	600€		
Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités à 500€ par année civile	-	15% des Frais Réels	30% des Frais Réels		

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

 Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)				
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.				
Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération (dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné)	80%/100%	Selon la complémentaire santé souscrite	100%	200%
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-		25€ / jour	25€ / jour
Chambre particulière, hospitalisation complète (120 jours par année civile)	-		80€ / jour	90€ / jour
Chambre particulière maternité	-	80€ / jour	90€ / jour	

NATURE DES PRESTATIONS

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

RÉGIME GÉNÉRAL*	COMPLÉMENTAIRE SANTÉ	OU	EQUILIBRE R2 surcomplémentaire	CONFORT R2 surcomplémentaire
-----------------	----------------------	-----------	--	--

Autres prestations

Description	Régime Général	Complémentaire Santé	Equilibre R2	Confort R2
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	65%	Selon la complémentaire santé souscrite	400€	400€
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 2 curistes	65%		600€	600€
Vaccins (par vaccin)	-		50€	50€
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	-		60€	70€
Ostéodensitométrie	70%		80€	80€
Détartrage annuel des dents	70%		70%	140%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70%		70%	140%
Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	150€ / an pour les substituts nicotiques		110€	220€
Forfait Equipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-		500€ / an	500€ / an

* Les données concernant le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. Le projet de PMSS connu au moment de l'édition du présent document est fixé à 3 377€.



Description	Equilibre R2	Confort R2
Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	OUI	OUI

Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Description	Equilibre R2	Confort R2
Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	100€ / mois	150€ / mois
Allocation équipement (GIR 3)	-	1 000€
Energie Mutuelle Assistance Dépendance	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 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

COTISATIONS 2019

Les personnes inscrites sur le bulletin d'adhésion sont couvertes par une première complémentaire santé.
Energie Mutuelle intervient en surcomplémentaire après la Sécurité sociale et la première complémentaire santé.

AVEC Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical

+ Perte d'Autonomie / Dépendance



Isolé

36,79€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€



Famille

64,23€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73€



Isolé

54,37€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€



Famille

92,95€^{TTC}

Incluant la garantie
Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€

AVEC Energie Mutuelle Services, Téléconsultation Médicale et Deuxième Avis Médical

SANS Perte d'Autonomie / Dépendance



Isolé

34,06€^{TTC}



Famille

61,50€^{TTC}



Isolé

51,13€^{TTC}



Famille

89,71€^{TTC}

* Sans garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Isolé : seul le conjoint du salarié ou du retraité des IEG s'inscrit sur le bulletin d'adhésion.

Famille : le conjoint du salarié ou du retraité des IEG s'inscrit sur le bulletin d'adhésion avec un ou plusieurs enfants à sa charge au sens de l'Assurance Maladie et ne bénéficie pas de la Camieg.

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

 N°Cristal 0 969 32 37 37

APPEL NON SURTAXÉ

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

 **Energie**
MUTUELLE

Groupe malakoff médéric humanis



PRESTATIONS 2019

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

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

Compléments et Forfaits Energie Mutuelle 2019

NATURE DES PRESTATIONS

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

RÉGIME GÉNÉRAL*	OXYGENE		OU	ESSENTIEL	
	Option 1	OU	Option 2	Option 1	OU

+ Soins courants

Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	30%	80%	130%	180%
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	30%	60%	110%	130%
Actes techniques médicaux, d'imagerie, d'échographie, de radiologie (hors médecins)	70%	30%	80%	130%	180%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs et étioopathes sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	-	25%	25%	25%	25%
Ostéodensitométrie	70%	80€	80€	80€	80€
Auxiliaires médicaux	60%	40%	50%	150%	190%
Analyses - Prélèvements	60%	40%	50%	150%	190%
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	65%/30%/15%	35%/70%/-	35%/70%/-	35%/70%/-	35%/70%/-
Pansements	60%	40%	50%	40%	60%

👁️ 🧠 Optique et Appareillage

Monture et verres acceptés SS : depuis le 1^{er} janvier 2016, remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont minorées ou majorées de façon à respecter les planchers et les plafonds fixés pour les contrats responsables.

Monture	60%	85% + 50€	85% + 50€	40% + 80€	40% + 80€
Par verre	60%	85% + 71€	85% + 71€	40% + 85€	40% + 150€
Lentilles acceptées SS (1 équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60%	85% + 120€	85% + 185€	40% + 270€	40% + 375€
Appareillage - acoustique, orthopédie	60%	40%	50%	50%	60%
+ Forfait	-	155€	180€	460€	620€
Forfait pour piles d'appareils acoustiques	36,59€	60€	60€	60€	60€
Lentilles correctrices non prises en charge SS, y compris adaptation : forfait annuel	-	60€	95€	270€	375€
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)	-	100€	150€	180€	300€

NATURE DES PRESTATIONS

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

RÉGIME GÉNÉRAL*

OXYGENE

OU

ESSENTIEL

Option 1

OU

Option 2

Option 1

OU

Option 2

**Dentaire****Actes pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire**

		Option 1	Option 2	Option 1	Option 2
Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	70%	30%	50%	130%	180%
Détartrage annuel des dents	70%	30%	30%	130%	180%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70%	30%	30%	130%	180%
Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN)	70%/100%	80%/50%	170%/140%	300%/250%	400%/350%
Orthodontie	70%/100%	80%/50%	170%/140%	300%/250%	400%/350%
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà) :	-	550€	700€	700€	1 000€

Actes non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire

Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM), sur frais réels limités à 50% du PMSS par année civile	-	25% des Frais Réels	30% des Frais Réels	50% des Frais Réels	70% des Frais Réels
Couronnes ou stellites provisoires (Code CCAM : PDT) dans la limite de 5 dents par an :					
1 à 2 dents	-	1,25% du PMSS	1,5% du PMSS	1,75% du PMSS	2% du PMSS
3 dents	-	2,5% du PMSS	3% du PMSS	3,5% du PMSS	4% du PMSS
Par dent supplémentaire	-	1% du PMSS	1% du PMSS	1% du PMSS	1% du PMSS
Implantologie (Code CCAM : IMP), sur frais réels limités à 100% du PMSS par année civile	-	25% des Frais Réels	30% des Frais Réels	35% des Frais Réels	40% des Frais Réels
Parodontologie (Code CCAM : TDS) : forfait maximum par année civile	-	460€	460€	460€	460€

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

**Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie)**

L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération	80%	20%	20%	20%	20%
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-	24€	24€	24€	24€
Forfait journalier	-	100% des Frais Réels			
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	40€ / jour	45€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
Chambre particulière, hospitalisation complète (120 jours par année civile)	-	55€	60€	50€	70€
Chambre particulière ambulatoire (sans hébergement)	-	30€	30€	30€	30€
Chambre particulière maternité	-	55€	60€	50€	70€
Frais de transport	65%	35%	35%	135%	185%
Dépassements :					
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	-	50%	50%	300%	300%
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	-	30%	30%	100%	100%
Frais de séjour et frais de salle d'opération, en établissement conventionné	-	30%	30%	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
Frais de séjour et frais de salle d'opération, en établissement non conventionné (5 300€ maximum)	-	30%	30%	90% des Frais Réels	90% des Frais Réels

**Autres prestations**

Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie	65%	190€	190€	150€	300€
Frais de transport	65%	35%	35%	135%	185%
Vaccins (par vaccin)	-	40€	40€	40€	40€
Aide ménagère - travailleuse familiale sur prise en charge de l'aide sociale, de la CNAVTS ou de la CAF : participation horaire maximum	-	5€ / h	5€ / h	5€ / h	5€ / h
Forfait Equipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500€ / an	500€ / an	500€ / an	500€ / an

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

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. Le projet de PMSS connu au moment de l'édition du présent document est fixé à 3 377€.**+ DE SERVICES**

Assistance (Energie Mutuelle Services)

OUI

OUI

OUI

OUI

Téléconsultation Médicale

OUI

OUI

OUI

OUI

Deuxième Avis Médical

OUI

OUI

OUI

OUI

1	CONSULTATION D'UN GÉNÉRALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS	Médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	Médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)
Exemple de dépense réelle :		50,00€	50,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :		25,00€	23,00€
Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)		17,50€	16,10€
Participation forfaitaire		-1,00€	-1,00€
RESTE À CHARGE		33,50€	34,90€
Supplément OXYGENE Option 1 (30% de la base)		7,50€	6,90€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 1		26,00€	28,00€
Supplément OXYGENE Option 2 (80% de la BR si médecin signataire, 60% de la BR si médecin non signataire)		20,00€	13,80€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 2		13,50€	21,10€
Supplément ESSENTIEL Option 1 (130% de la BR si médecin signataire, 110% de la BR si médecin non signataire)		32,50€	25,30€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 1		1,00€	9,60€
Supplément ESSENTIEL Option 2 (180% de la BR si médecin signataire, 130% de la BR si médecin non signataire)		32,50€	29,90€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 2		1,00€	5,00€

2	CONSULTATION D'UN SPÉCIALISTE AVEC DÉPASSEMENT D'HONORAIRES DANS LE PARCOURS DE SOINS	Médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	Médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)
Exemple de dépense réelle :		65,00€	65,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :			
Consultation spécialiste		23,00€	23,00€
Majoration de coordination spécialiste		5,00€	Aucun
Majoration forfaitaire transitoire		2,00€	Aucun
Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base dans le parcours)		21,00€	16,10€
Participation forfaitaire		-1,00€	-1,00€
RESTE À CHARGE		45,00€	49,90€
Supplément OXYGENE Option 1 (30% de la base)		9,00€	6,90€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 1		36,00€	43,00€
Supplément OXYGENE Option 2 (80% de la BR si médecin signataire*, 60% de la BR si médecin non signataire)		20,50€	13,80€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 2		24,50€	36,10€
Supplément ESSENTIEL Option 1 (130% de la BR si médecin signataire*, 110% de la BR si médecin non signataire)		32,00€	25,30€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 1		13,00€	24,60€
Supplément ESSENTIEL Option 2 (180% de la BR si médecin signataire*, 130% de la BR si médecin non signataire)		43,50€	29,90€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 2		1,50€	20,00€

* 80% ou 130% ou 180% de la consultation spécialiste + 30% des majorations coordination spécialiste et forfaitaire transitoire

3	OPTIQUE ADULTE : 1 ÉQUIPEMENT SUR 2 ANS	
Exemple de dépense réelle :		350,00€
Monture		150,00€
Verres		100,00€ chaque
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :		
Monture		2,84€
Verres		7,32€
Régime Général de Sécurité sociale (60% de la base)		6,10€
RESTE À CHARGE		343,90€
Supplément monture OXYGENE Option 1 (85% + 50€)		52,41€
Supplément verres OXYGENE Option 1 (85% + 71€ par verre)		148,22€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 1		143,27€
Supplément monture OXYGENE Option 2 (85% + 50€)		52,41€
Supplément verres OXYGENE Option 2 (85% + 71€ par verre)		148,22€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 2		143,27€
Supplément monture ESSENTIEL Option 1 (40% + 80€)		81,14€
Supplément verres ESSENTIEL Option 1 (40% + 85€ par verre)		172,92€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 1		89,84€
Supplément monture ESSENTIEL Option 2 (40% + 80€)		81,14€
Supplément verres ESSENTIEL Option 2 (40% + 150€ par verre)		195,60€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 2		67,16€

4	PROTHÈSE DENTAIRE PFC (pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux)	
Exemple de dépense réelle :		600,00€
Base de Remboursement de la Sécurité sociale :		107,50€
Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)		75,25€
RESTE À CHARGE		524,75€
Supplément OXYGENE Option 1 (80% de la base)		86,00€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 1		438,75€
Supplément OXYGENE Option 2 (170% de la base)		182,75€
RESTE À CHARGE FINAL OXYGENE Option 2		342,00€
Supplément ESSENTIEL Option 1 (300% de la base)		322,50€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 1		202,25€
Supplément ESSENTIEL Option 2 (400% de la base)		430,00€
RESTE À CHARGE FINAL ESSENTIEL Option 2		94,75€

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



Consultez le site Internet www.energiemutuelle.fr pour prendre connaissance des éventuelles mises à jour des exemples de remboursements.

COTISATIONS 2019

Oxygène Option 1

	Adhérent né en 1992 et après	Adhérent né entre 1982 et 1991	Adhérent né entre 1972 et 1981	Adhérent né entre 1962 et 1971
Adhérent seul	32,77€	33,54€	37,65€	43,14€
Couple	65,26€	66,83€	75,05€	86,02€
Enfant	28,74€	28,74€	28,74€	28,74€
	Adhérent né entre 1952 et 1961	Adhérent né entre 1942 et 1951	Adhérent né entre 1932 et 1941	Adhérent né 1931 et avant
Adhérent seul	65,06€	77,41€	114,44€	125,40€
Couple	129,89€	154,53€	228,62€	250,54€
Enfant	28,74€	28,74€	28,74€	28,74€

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^e enfant.

Oxygène Option 2

	Adhérent né en 1992 et après	Adhérent né entre 1982 et 1991	Adhérent né entre 1972 et 1981	Adhérent né entre 1962 et 1971
Adhérent seul	47,92€	49,07€	54,44€	67,89€
Couple	95,60€	97,88€	108,65€	135,56€
Enfant	42,63€	42,63€	42,63€	42,63€
	Adhérent né entre 1952 et 1961	Adhérent né entre 1942 et 1951	Adhérent né entre 1932 et 1941	Adhérent né 1931 et avant
Adhérent seul	84,04€	109,61€	133,82€	159,40€
Couple	167,84€	218,96€	267,37€	318,54€
Enfant	42,63€	42,63€	42,63€	42,63€

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^e enfant.

Essentiel Option 1

	Adhérent né en 1992 et après	Adhérent né entre 1982 et 1991	Adhérent né entre 1972 et 1981	Adhérent né entre 1962 et 1971
Adhérent seul	105,73€	108,25€	113,64€	119,01€
Couple	211,21€	216,26€	227,05€	237,76€
Enfant	53,12€	53,12€	53,12€	53,12€
	Adhérent né entre 1952 et 1961	Adhérent né entre 1942 et 1951	Adhérent né entre 1932 et 1941	Adhérent né 1931 et avant
Adhérent seul	125,73€	145,92€	166,10€	187,63€
Couple	251,20€	291,62€	331,96€	375,00€
Enfant	53,12€	53,12€	53,12€	53,12€

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^e enfant.

Essentiel Option 2

	Adhérent né en 1992 et après	Adhérent né entre 1982 et 1991	Adhérent né entre 1972 et 1981	Adhérent né entre 1962 et 1971
Adhérent seul	150,85€	154,46€	162,16€	169,83€
Couple	301,44€	308,66€	324,01€	339,38€
Enfant	75,74€	75,74€	75,74€	75,74€
	Adhérent né entre 1952 et 1961	Adhérent né entre 1942 et 1951	Adhérent né entre 1932 et 1941	Adhérent né 1931 et avant
Adhérent seul	177,54€	202,14€	226,72€	252,87€
Couple	354,76€	404,00€	453,18€	505,45€
Enfant	75,74€	75,74€	75,74€	75,74€

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^e enfant.

www.energiemutuelle.fr

45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

N°Cristal 0 969 32 37 37

APPEL NON SURTAXE

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

Energie
MUTUELLE

Groupe malakoff médéric humanis



Lexique

Adhésion

Acte par lequel une personne physique rejoint la collectivité de la mutuelle. Elle est matérialisée par un Bulletin d'Adhésion.

Ayant droit

Personne qui a droit à des prestations du fait de ses liens avec l'assuré cotisant : enfants, conjoint, etc. Dans les mutuelles, les ayants droit sont aussi appelés bénéficiaires ou personnes protégées.

Camieg

Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières. Cette caisse de Sécurité sociale est en charge des agents des IEG et de la gestion des remboursements des frais de santé du régime spécial des IEG.

CCAM

(Classification Commune des Actes Médicaux)

Liste d'actes codés servant de base à la tarification des professionnels de santé.

Devis

Document présentant les soins ou prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Forfait

Montant alloué en euros ou en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, sans référence aux tarifs de convention de la Sécurité sociale, pour certaines prestations.

Mutualiste

Etre mutualiste, c'est décider de participer à une collectivité solidaire où les personnes en bonne santé cotisent pour les malades. Chacun contribue et reçoit ainsi des autres adhérents au cours de son existence. C'est aussi se prémunir contre les aléas de la vie.

OPTAM (Option Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)

Ces dispositifs remplacent le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Ils conditionnent le niveau de prise en charge des consultations chez un praticien de secteur 2 lorsqu'il pratique des dépassements d'honoraires. Le reste à charge sera donc limité si le praticien est adhérent à ces dispositifs.

Pack Prévention

Le pack Prévention permet le remboursement de divers actes liés à la prévention et pas, ou peu, pris en charge par l'Assurance Maladie. Ces actes sont pris en charge selon la dépense réelle dans le cadre d'un forfait global par ayant droit et par année civile.

PMSS

Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) sert de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente. Le projet de PMSS connu au moment de l'édition du présent document est fixé à 3 377€.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie.

SS (Sécurité Sociale)

La Sécurité sociale est une structure, regroupant plusieurs organismes, qui a notamment pour fonction de couvrir tout ou partie des dépenses liées à la maladie, la maternité ou les accidents.

Télétransmission

Dans le domaine de la santé, la télétransmission signifie que les données ne transitent plus sur un support papier mais par voie électronique.

Ticket modérateur (TM)

Il représente la part de la dépense non prise en charge par la Sécurité sociale. Son montant reste à la charge de l'assuré, après remboursement de la Sécurité sociale. Il peut être pris en charge par une complémentaire santé.

Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Contacter Energie Mutuelle

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



TÉLÉCHARGEZ NOTRE
APPLICATION MOBILE
« MUTIEG »



PAR COURRIEL VIA LE SITE INTERNET
WWW.ENERGIEMUTUELLE.FR
RUBRIQUE « NOUS CONTACTER »



VOUS SOUHAITEZ ADHÉRER
À L'UNE DE NOS GARANTIES ?

► N°Cristal 0 969 32 15 75
APPEL NON SURTAXE

NOS CONSEILLERS DÉDIÉS VOUS RÉPONDENT
DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H À 17H



SERVICE RELATION ADHÉRENTS

► N°Cristal 0 969 32 37 37
APPEL NON SURTAXE

PAR TÉLÉPHONE
DU LUNDI AU VENDREDI DE 9H À 17H



PAR COURRIER ADRESSÉ À
ENERGIE MUTUELLE
45 RUE GODOT DE MAUROY - 75009 PARIS



EFFECTUEZ VOTRE DEMANDE DE PRISE EN
CHARGE HOSPITALIÈRE DIRECTEMENT DEPUIS
VOTRE EXTRANET OU L'APPLICATION MOBILE

Retrouvez-nous
www.energiemutuelle.fr

Copyright Energie Mutuelle-2019. Ce document est la propriété d'Energie Mutuelle.
Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sans autorisation. 28/05/2019



45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

▶ N°Cristal 0 969 32 37 37

APPEL NON SURTAXE

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



malakoff médéric
humanis

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

 **Energie**
MUTUELLE

Groupe malakoff médéric humanis