

Quoi de neuf en 2022 ?

Les évolutions au 1^{er} janvier 2022

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



Quoi de neuf en 2022 ?

Sommaire



1

Du côté
de l'Assurance
maladie

2

Du côté de
la Camieg

3

Les évolutions
de prestations
Energie Mutuelle

4

Évolutions
des cotisations

3_A

Forfait Patient Urgences

3_B

100 % Santé

3_C

Évolutions de Sodeli et Cort

5

Évolutions
sur Préférence

6

Loi Evin

7

Les services
de la mutuelle



Synthèse

7_A

Votre espace personnel

7_B

Zoom sur Kalixia

7_C

Ma carte de tiers payant

7_D

Les services en ligne



1

Du côté de l'Assurance maladie

Le contexte de l'Assurance maladie en France

Dépenses liées à la crise sanitaire, Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) en baisse, poursuite du Ségur de la santé, soutien à l'autonomie et à la psychiatrie, plan « travailleurs indépendants » : quelques-unes des mesures de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2022.

Le déficit de la Sécurité sociale devrait atteindre 21,4 milliards d'euros en 2022. Il est en recul par rapport à 2021 compte tenu de la baisse des dépenses liée à la crise sanitaire.

Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2022

Source : Source PLFSS pour 2022 au 26 novembre 2021

en milliards d'euros	Recette	Dépenses	Solde
Maladie	211,0	230,1	- 19,1
AT-MP	15,6	14,1	1,5
Vieillesse	253,6	256,6	- 3,0
Famille	51,6	49,7	1,9
Autonomie	33,4	34,4	- 1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	550,5	570,2	- 19,7
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris FSV	549,2	570,6	- 21,4

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 (senat.fr)

Évolution des dépenses d'Assurance maladie

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est orienté, pour la première fois de son histoire, à la baisse (-0,6 %), à 236,3 milliards d'euros en 2022. Hors dépenses liées à la crise sanitaire et au Ségur de la santé, **l'ONDAM sera néanmoins en hausse de +2,6 %**. Il augmentera de 2,7 % pour le secteur hospitalier. Aucune économie ne sera demandée aux hôpitaux précisent les débats qui ont émaillé le vote du PLFSS.

Pour mémoire, depuis leur mise en place, à partir de 1997, les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) comprennent un « objectif national de dépenses d'assurance maladie » (ONDAM), qui est ainsi voté chaque année par le Parlement.

Il ne s'agit pas de crédits limitatifs mis à disposition des caisses d'assurance maladie mais d'une évaluation des dépenses qu'elles auront à engager pour rembourser les dépenses de santé des ménages ou pour payer directement les services rendus par les prestataires de soins.

Répondre à la crise sanitaire

La pandémie de Covid-19 devrait coûter près de 5 milliards (Mds) d'euros en 2022 (après 15 Mds en 2021 et 18 Mds en 2020). Le PLFSS intègre le financement de l'achat de vaccins, de tests, ... Cette provision est susceptible d'évoluer en cas de reprise de l'épidémie.

Poursuite des engagements du Ségur de la santé

La poursuite de la mise en œuvre des engagements du Ségur de la santé pèsera 2,7 milliards d'euros, afin de financer pour l'essentiel la revalorisation des personnels soignants (catégories C, sages-femmes hospitalières...) et du secteur médico-social. Ces mesures représentent au total, de 2020 à 2022, 12,5 milliards d'euros.

La contribution des Organismes complémentaires : la taxe COVID-19

Aux fins de faire participer les complémentaires santé aux coûts engendrés par la gestion de l'épidémie de COVID-19, une contribution est mise en place à hauteur de 2,6 % pour 2020 et de 1,3 % pour 2021 compte tenu de la baisse d'activité de soins remboursés par les mutuelles. Votre mutuelle paiera en 2021 la première tranche de cette contribution et en 2022, la seconde. Après de nombreux débats entre le

1

Du côté de l'Assurance Maladie

Sénat et l'Assemblée nationale, le taux de 1,30 % ne sera pas relevé compte tenu de la forte hausse des dépenses de santé entre 2020 et 2021.

Les mesures du PLFSS 2022 impactant la prise en charge des dépenses de santé :

La LFSS 2022 prévoit en particulier pour la prise en charge des dépenses de santé :

- **La gratuité de la contraception pour toutes les femmes jusqu'à 25 ans** (aujourd'hui cette prise en charge s'arrête à 18 ans) : l'âge de 18 à 25 ans correspond à une transition vers la vie active, caractérisée par une situation socio-économique plus fragile, avec notamment une moindre couverture par une complémentaire santé et dans certains cas le maintien d'une dépendance financière aux parents pouvant contrevenir à l'accès à une contraception efficace. C'est pourquoi la LFSS étend la prise en charge intégrale de la contraception à l'ensemble des femmes âgées de moins de 26 ans, comme c'est actuellement le cas pour les mineures. **3 millions de femmes entre 18 et 25 ans pourront bénéficier de cette prise en charge.**
 - **Un accès plus simple aux soins visuels** : les orthoptistes pourront réaliser, sans ordonnance, des bilans visuels simples et prescrire des lunettes ou des lentilles de contact pour les corrections faibles. L'accès aux soins visuels souffre, en effet, de fortes disparités territoriales. La LFSS autorise les orthoptistes, sans prescription médicale préalable, à réaliser les bilans visuels et à prescrire les aides visuelles adaptées (lunettes, lentilles de contact) pour les corrections faibles. Cela permettrait de réduire fortement les délais d'attente et d'augmenter le nombre de patients reçus. **Le nombre de patients concernés par la mesure est estimé à 6 millions.**
 - **Prévention de l'obésité infantile** (dite « Mission : Retrouve Ton Cap »). Les centres et maisons de santé pourront mettre en œuvre un parcours soumis à prescription médicale visant à **accompagner les enfants de trois à douze ans en situation de surpoids présentant un risque d'obésité.**
 - **Dépistage du VIH sans ordonnance** (dite « Au labo sans ordo »), qui permet de se rendre dans un laboratoire de ville pour **effectuer un test de dépistage du VIH, sans prescription médicale et pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.**
- Cette possibilité, expérimentée jusqu'à présent à Paris et dans les Alpes-Maritimes, sera généralisée sur l'ensemble du territoire.
- **Elargissement du périmètre des médicaments intégralement remboursés par la Sécurité sociale** et un meilleur financement des médicaments onéreux à l'hôpital.
 - **La prise en charge par l'Assurance maladie de la télésurveillance médicale pour les maladies chroniques.** À l'instar du PLFSS 2018 pour la téléconsultation et la téléexpertise, la LFSS inscrit dans le droit commun la prise en charge de la télésurveillance par l'Assurance maladie. Elle définit l'architecture globale et les différents paramètres d'un modèle de financement de la télésurveillance. Une tarification forfaitaire des activités de télésurveillance sera mise en place en 2022 pour assurer le financement par l'Assurance maladie des activités de télésurveillance. La télésurveillance concernera tout patient dont la prise en charge nécessite une période de suivi médical : elle est particulièrement adaptée aux personnes à risque d'hospitalisation ou de complication de leur maladie (pathologies chroniques, sortie d'hospitalisation etc.) : insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète, insuffisance cardiaque, prothèses cardiaques implantables.
 - **Psychologie** : Les annonces faites à l'issue des assises de la santé mentale fin septembre 2021 sont portées par la LFSS. Il s'agit du remboursement des consultations chez un psychologue de ville à partir de l'âge de 3 ans dès 2022 sur adressage d'un médecin, du recrutement de personnels dans les centres médico-psychologiques (CMP) adultes et pour enfants, du déploiement d'un service téléphonique d'accès aux soins psychiatriques 24h/24...
 - Le nombre de séances réalisées sera adapté aux besoins du patient, dans la limite de 8 séances. Les tarifs seront de :
 - 40 euros pour une première séance permettant la réalisation du bilan initial,
 - 30 euros pour les séances de suivi (sept au maximum).
 - Seules les séances réalisées dans le cadre du dispositif national (c'est-à-dire, sur adressage d'un médecin et réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie) feront l'objet d'un remboursement. Ces séances ne pourront pas faire l'objet de dépassement d'honoraires. Des textes réglementaires sont attendus pour la mise en place opérationnelle de ce dispositif.

1

Du côté de l'Assurance Maladie

- La réforme du financement des urgences, introduite en 2020, sera complètement mise en oeuvre. **Un Forfait Patient Urgences (FPU) de 18 euros remplacera le ticket modérateur actuellement pratiqué.** Ce nouveau forfait sera dû par les assurés pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les femmes enceintes, les malades chroniques et les invalides bénéficieront d'un forfait minoré.

Branche Autonomie, les principales mesures sont :

- **400 millions d'euros pour le grand âge**, après la création de la 5^e branche « autonomie » en 2020. Il s'agit de sécuriser le financement des services d'aide à domicile.
- Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2022, **un tarif minimal de 22 euros par heure de prestation sera-t-il instauré pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.** Il s'agit aussi de transformer le modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en renforçant leur médicalisation, en les ouvrant vers l'extérieur, et en revalorisant et en augmentant les personnels soignants (plan de 10 000 équivalents temps plein supplémentaires au cours des cinq prochaines années). Plus de la moitié des départements pratiquent actuellement des tarifs en dessous de ce tarif. Cette mesure permettra de rétablir une équité entre les territoires au bénéfice des structures et des personnes âgées et handicapées.
- Près de 145 millions d'euros pour **l'installation de solutions d'accueil** (financement de places nouvelles) et **d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap.**

Et aussi, sont prévues les mesures suivantes :

- Une attribution automatique de **la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA** et sa facilitation pour les bénéficiaires du minimum vieillesse ;

- Plusieurs mesures de **soutien aux travailleurs indépendants**, annoncées par le président de la République en septembre 2021 (préservation des droits à retraite des indépendants des secteurs les plus touchés par la crise, simplification du calcul et du recouvrement des cotisations des indépendants...);
- Le versement en temps réel pour les particuliers du **crédit d'impôt et des aides sociales** liées aux services à la personne (aide à domicile, garde d'enfants...). Après une période d'expérimentation engagée depuis septembre 2020, la LFSS pour 2022 prévoit la généralisation du crédit d'impôt instantané en 2022. Il est proposé de permettre la perception immédiate, par les particuliers, des aides et crédits d'impôts dont ils bénéficient pour les services à la personne ;
- Le renforcement de la **lutte contre les impayés de pensions alimentaires.** Toutes les pensions alimentaires nouvellement fixées seront versées par l'intermédiaire de l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa), sauf refus des parents. Elle sera ouverte dès le 1^{er} mars 2022 pour les divorces devant la justice fixant une pension alimentaire.

Une expérimentation : la carte vitale dématérialisée

Bon à savoir : le système de santé pourrait se moderniser davantage suite à l'expérimentation qui est menée jusqu'au 31 décembre 2022 pour tester l'appli « apCV » qui est téléchargeable à partir d'un smartphone ou d'une tablette (**décret n° 2019-528 du 27 mai 2019 relatif à l'expérimentation d'une « e-carte d'Assurance maladie », prorogé et étendu par le décret n° 2021-1014 du 30 juillet 2021**). Cette carte Vitale dématérialisée permet le remboursement des actes et des prestations et également l'accès à différents services comme Ameli (elle est pour le moment délivrée gratuitement aux personnes volontaires affiliées aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Rhône, de Saône-et-Loire, de Seine-Maritime, du Bas-Rhin, du Nord, de la Gironde, de l'Hérault, de Loire-Atlantique, de la Sarthe, du Puy-de-Dôme, des Alpes-Maritimes et de Paris).



1

Du côté de l'Assurance maladie

Bref rappel des évolutions de l'Assurance maladie jusqu'à 2021

Nombreuses ont été les réformes et évolutions de l'Assurance maladie, lesquelles connaissent une accélération depuis 2018.





2_A

Du côté de la Camieg

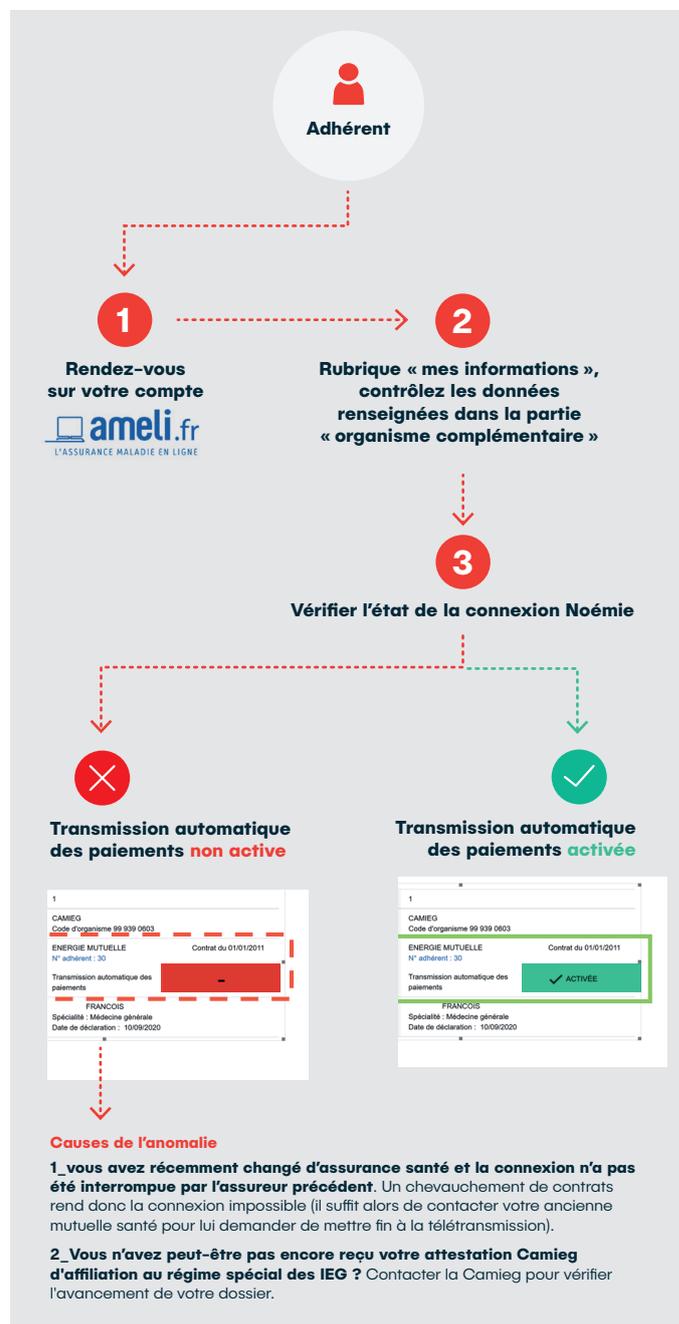
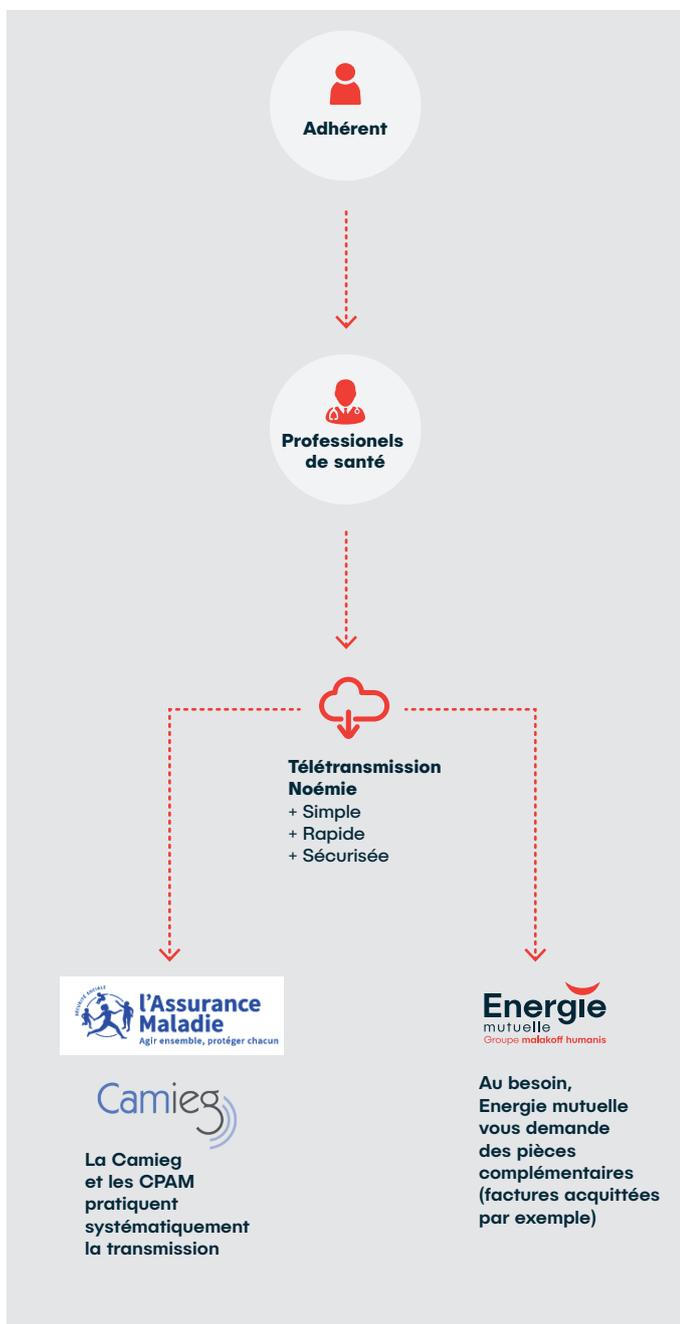
Conseils pratiques pour être remboursé plus rapidement

C'est quoi la télétransmission ?

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

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

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





2_B

Du côté de la Camieg

Forfait Patient Urgences



Un Forfait Patient Urgences (FPU) de 18 € remplacera le ticket modérateur actuellement pratiqué.

Ce nouveau forfait sera dû par les assurés pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les femmes enceintes, les malades chroniques et les invalides bénéficieront d'un forfait minoré. En attendant son officialisation par arrêté, il pourrait s'élever à 18 euros et sera remboursable par le régime complémentaire Camieg.



Compléter le régime Camieg avec les offres d'Energie Mutuelle

- Toute une gamme de garanties santé pour les particuliers et les entreprises
- Renforcer ma couverture santé avec Sodeli ou Cort
- Souscrire une garantie dépendance, prévoyance
- Continuer à bénéficier de mes garanties CSM à la retraite avec CSM Evin



Reportez-vous au tableau de garanties de la Camieg pour 2022 dès sa parution [camieg.fr](https://www.camieg.fr) espace assurés > soins et prises en charge > vos garanties

3_A

Les évolutions de prestations d'Énergie Mutuelle

Le Forfait Patient Urgences

Consciente des besoins de santé croissants des adhérents et renforcés dans le cadre de la crise sanitaire actuelle, Énergie Mutuelle a fait évoluer :

- Ses garanties pour respecter les dispositions du contrat responsable
- Un certain nombre de prestations pour faciliter l'accès aux soins, éviter le renoncement aux soins et diminuer les restes à charge.

La réforme du financement des urgences, introduite en 2020, sera complètement mise en œuvre en 2022

Un Forfait Patient Urgences (FPU) de 18 euros remplacera le ticket modérateur actuellement pratiqué. Ce nouveau forfait sera dû par les assurés pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Les femmes enceintes, les malades chroniques et les invalides bénéficieront d'un forfait minoré.

Il s'agit d'un forfait unique, dont le montant est fixe.

S'il n'a pas encore été officiellement confirmé par arrêté, il s'élève à **18 euros** et sera remboursable par :

- Énergie Mutuelle pour les assurés du Régime général d'Assurance maladie.
- Camiég au titre du Régime complémentaire pour les assurés du Régime spécial d'Assurance maladie des Industries Électriques et Gazières (IEG)

Forfait patient urgences : patients concernés et exonération

Les patients qui se rendent aux urgences, et ne sont pas hospitalisés ensuite, devront régler le forfait. Toutefois, certains en seront exonérés, notamment : les enfants victimes de violences, les victimes d'actes terroristes, les malades de la Covid-19.

Les personnes qui bénéficiaient d'une prise en charge à 100 % de l'Assurance maladie et ne s'acquittaient donc pas du ticket modérateur seront tenues de payer le forfait. Néanmoins, **le montant sera minoré** et pourrait passer de 18 à 8 euros. Les patients concernés sont : les femmes enceintes à partir du cinquième mois de grossesse, les personnes ayant une affection de longue durée (ALD), les titulaires d'une pension d'invalidité.

Qu'est-ce que le Forfait Patient Urgences ?

À l'heure actuelle, un patient qui se rend aux urgences est tenu de s'acquitter d'un **forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU)**, dont le montant s'élève à 25,28 euros. S'il a besoin de soins, il devra ensuite payer le **ticket modérateur**. En effet, lors d'un passage aux urgences, une partie du coût des actes médicaux reste à la charge du patient. Concrètement, l'Assurance maladie prend en charge 80 % et le patient règle les 20 % restants, en sachant que la mutuelle assume partiellement ou en totalité ces frais. Le montant du ticket modérateur varie donc en fonction des soins.

La mise en place du forfait patient urgences devrait permettre de :

- diminuer l'engorgement des urgences ;
- limiter pour le patient les situations de reste à charge élevé ;
- améliorer la lisibilité des coûts de prise en charge ;
- simplifier la facturation et améliorer le recouvrement.





3_B

Les évolutions de prestations d'Énergie Mutuelle

Après sa mise en place en 2020 et un accès réduit aux soins en raison de la crise sanitaire, Énergie Mutuelle vous synthétise les évolutions par thématiques issues du 100% Santé. Retrouvez dans le tableau de votre garantie la transposition du 100% Santé.



FOCUS SUR LE 100 % SANTÉ Toutes les garanties d'Énergie Mutuelle vous font bénéficier du 100 % santé.

100 % Santé : des soins et un large choix d'équipements de qualité pour tous, 100 % remboursés

La réforme 100 % Santé propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Ces paniers intègrent un large choix d'équipements de qualité qui seront pris en charge intégralement, sans frais supplémentaire à la charge de l'assuré, par :

- Énergie Mutuelle pour les assurés du régime général d'Assurance maladie
- Le régime complémentaire Camieg pour les assurés relevant du régime spécial des IEG

Les paniers de l'offre 100 % Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

A compter du 1^{er} janvier 2022, les assurés qui disposent d'une complémentaire santé responsable n'auront plus aucune somme à avancer lorsqu'ils choisiront un équipement optique, dentaire ou d'audiologie éligible au 100 % Santé. La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a en effet instauré le tiers payant intégral obligatoire dans le cadre de ce dispositif.



Le dispositif « 100 % Santé » optique porte sur un équipement (verres et monture) proposé par tous les professionnels depuis le 1^{er} janvier 2020

Évolution du reste à charge moyen
Exemple pour un équipement d'une myopie modérée

	Avant réforme		Offre « 100 % santé » Classe A (2020)		Offre mixte : Verres Classe A & Monture Classe B (2020)	
	290 €		105 €		210 €	
	Verres	Montures	Verres	Monture	Verres	Monture
	155 €	135 €	75 € <small>Prix limite de vente</small>	30 € <small>Prix limite de vente</small>	75 € <small>Prix limite de vente</small>	135 €
BR SS Assurance Maladie	4,58 €	2,84 €	22,50 €	9 €	22,50 €	0,05 €
Remboursement SS 60 %	2,75 €	1,70 €	13,50 €	5,40 €	13,50 €	0,03 €
Remboursement Complémentaire santé	220,55 €		86,10 €		61,50 €	
Reste à charge	65 €		0 €		35 €	

Ce dispositif a entraîné dans les garanties la création de 2 « classes » distinctes de remboursement :

CLASSE A

Intégralement remboursée⁽¹⁾ dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux professionnels de santé.

CLASSE B

Avec des tarifs libres, remboursée dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Pour les contrats responsables, le remboursement des montures est différent selon la classe :

Classe A : prix limite de vente de 30 €.

Classe B : remboursement plafonné à 100 € contre 150 € auparavant.

(1) Chaque opticien devra proposer au minimum : 17 modèles différents de montures adulte en deux coloris différents respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. 10 modèles de montures pour les enfants en deux coloris différents. Des verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Leur amincissement en fonction du trouble. Leur durcissement pour éviter les rayures. Et le traitement anti-reflet.



3c

Les évolutions de prestations d'Énergie Mutuelle



Le dispositif « 100 % santé » dentaire porte sur un ensemble de soins prothétiques⁽¹⁾ (couronnes, inlays core, bridges et prothèses) proposés par tous les professionnels de santé.

Il s'est opéré par étape, à partir du 1^{er} avril 2019, pour une mise en œuvre complète depuis le 1^{er} janvier 2021.

Évolution du reste à charge moyen
Exemple pour une couronne en métal recouverte de céramique *

	Offre Panier « 100 % santé »	
	Avant la réforme	2020
	550 € Prix moyen de vente	500 € Prix limite de vente
Remboursement Assurance Maladie	75,25 €	84 €
Remboursement Complémentaire santé	279,50 €	416 €
Reste à charge	195,25 €	0 €

(1) L'offre 100 % concernera : Les couronnes céramiques monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{ère} prémolaire). Les couronnes céramiques monolithiques zircons (incisives et canines). Les couronnes métalliques toute localisation. Les Inlays core et couronnes transitoires. Les bridges céramo-métalliques (incisives et canines). Les bridges full zircon et métalliques toute localisation. Les prothèses amovibles à base résine.

Ce dispositif peut entraîner dans les garanties la création de 3 « paniers » distincts :

Panier « 100 % santé »

Intégralement remboursé ⁽¹⁾ dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux professionnels de santé.

Panier « tarifs maîtrisés »

Avec des tarifs plafonnés et remboursés dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Panier « tarifs libres »

Avec un libre choix des techniques et des matériaux remboursés dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Le cahier des charges du contrat responsable n'impose pas de limitation de remboursement.



Le dispositif « 100 % santé » audiologie porte sur un équipement d'aide auditive proposé par tous les professionnels.

Il s'est opéré progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 pour une mise en œuvre complète depuis le 1^{er} janvier 2021.

Évolution du reste à charge moyen
Exemple pour deux prothèses auditives

	Jusqu'au 31.12.2018	2019	2020	Offre « 100 % santé » Classe I (2021)
	3 000 € Prix moyen de vente	2 600 € Prix limite de vente	2 200 € Prix limite de vente	1 900 € Prix limite de vente
BR SS Assurance Maladie	400 €	600 €	700 €	800 €
Remboursement Assurance Maladie (60 %)	240 €	360 €	420 €	480 €
Remboursement Complémentaire santé	800 €	1200 €	1400 €	1 420 €
Reste à charge	1 960 €	1 040 €	380 €	0 €

(1) L'offre « 100 % santé » concernera : Les contours d'oreilles classiques, les contours à écouteur déporté et intra-auriculaire avec au moins 12 canaux de réglage pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif. Un système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB. Une garantie de 4 ans. Avec au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie à 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Ce dispositif entraîne dans les garanties la création de 2 nouvelles « classes » de remboursement :

CLASSE I

Correspond à l'offre « 100 % santé » intégralement remboursée ⁽¹⁾ sur les prothèses auditives dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux professionnels de santé.

CLASSE II

Correspond à des équipements à « tarifs libres » remboursés dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Pour les contrats responsables, la prise en charge totale (Assurance Maladie + complémentaire santé) est limitée à 1 700 € par oreille appareillée, renouvelable tous les 4 ans.



3_c

Évolution de prestations de Sodeli et de Cort

Energie Mutuelle peut vous rembourser tout ou partie de la pharmacie non-remboursable dans le cadre d'un forfait dédié.

Les renforts Sodeli et Cort prévoient en effet le remboursement (partiel ou total) de médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, exclusivement sur prescription médicale.

Et avec votre garantie santé CSM, CSM Evin, Sérénité, c'est vous qui choisissez le niveau de couverture du renfort « Médicaments prescrits non-remboursables » pour qu'il soit adapté à vos besoins et à votre budget !

Quels soins et médicaments non-remboursables sont pris en charge par la garantie Bien-être et Prévention?

Vous pouvez bénéficier d'un forfait allant jusqu'à 50 € par an et par bénéficiaire pour l'achat de médicaments non remboursés par l'Assurance maladie, s'ils font l'objet d'une prescription médicale.

C'est le cas notamment de médicaments régulièrement prescrits pour les bébés et les enfants, la pharmacopée des affections passagères et de faible intensité, les traitements contre la décalcification peuvent ainsi vous être remboursés par votre mutuelle.



Sodeli et eSodeli

Mise en place d'un forfait de remboursement pour les médicaments prescrits non remboursés par l'Assurance maladie

25 €

par an et par bénéficiaire



Cort et eCort

Augmentation du forfait de remboursement pour les médicaments prescrits non remboursés par l'Assurance maladie.

Il passera de 25 €

à 50 €

par an et par bénéficiaire



Rendez-vous sur votre espace personnel pour plus d'informations sur vos prestations

adh.energiemutuelle.fr

4

Évolutions des cotisations

Comment évoluent les cotisations ?



Les évolutions tarifaires ont pour objectif de compenser notamment la dérive annuelle des dépenses de santé.

En 2022, l'évolution des cotisations est consécutive à plusieurs facteurs qui expliquent pourquoi leur montant est revu à la hausse :

La dérive des coûts de santé

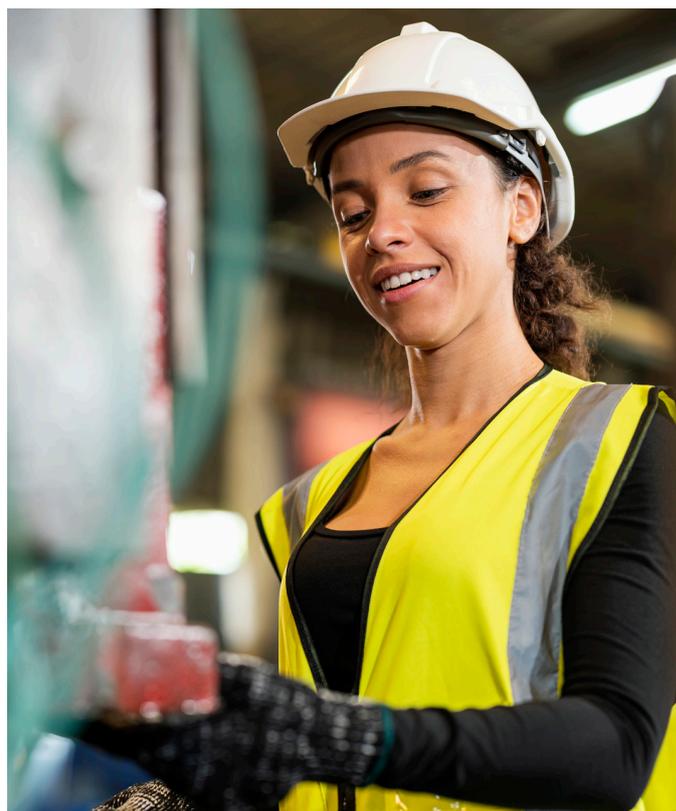
- progrès médical,
- hausse des dépassements d'honoraires,
- vieillissement de la population,
- recours plus important aux médecines douces,
- besoin accru en optique médicale,
- retards dans l'accès aux soins dus à la crise sanitaire, notamment en dentaire pour des actes de prothèses plus coûteux,
- rattrapage des hospitalisations qui n'ont pu avoir lieu en 2020 et qui se réalisent sur 2021 et 2022,
- sont autant de facteurs qui nécessitent de couvrir par les cotisations, les besoins croissants en prestations et remboursements.

La mise en place du 100 % Santé

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

L'évolution des prestations

- Forfait Patient Urgences : en remplacement du ticket modérateur, votre mutuelle prendra en charge le forfait patient urgences de 18 € pour les garanties relevant du régime général.
- L'amélioration des prestations Sodeli et Cort au titre de la pharmacie prescrite non remboursée.





5

Évolutions de la garantie Préférence

Nous avons constaté entre 2020 et 2021 une forte hausse des dépenses de santé nécessitant une augmentation des besoins de financement des frais de santé par votre mutuelle.

Les remboursements versés en 2021 au titre de la garantie Préférence ont dépassé le niveau des cotisations.

Cette dérive concerne principalement l'hospitalisation (forfait journalier et chambre particulière), le dentaire (prothèses et implants) et l'optique. En raison de cette situation inédite, nous sommes amenés à ajuster vos cotisations.

Afin de limiter cette indexation, les prestations dentaires de votre garantie évoluent. Le cumul des remboursements des prothèses dentaires à tarifs libres et des implants est plafonné à 1 000 € par an et par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà).

Compte tenu de la mise en œuvre du 100 % Santé en dentaire, n'hésitez pas à en parler à votre praticien dans le cas où vous auriez des soins dentaires à réaliser et à nous contacter pour analyser vos devis.

COTISATIONS 2022


Isolé


Famille

	Taux PMSS*	€ / mois**	Taux PMSS*	€ / mois**
Moins de 30 ans	1,236 %	42,37 €	3,195 %	109,52 €
De 30 à 39 ans	1,971 %	67,57 €	5,088 %	174,42 €
De 40 à 49 ans	2,923 %	100,20 €	6,737 %	230,94 €
De 50 à 59 ans	3,632 %	124,51 €	7,703 %	264,06 €
60 ans et plus	4,276 %	146,58 €	9,016 %	309,07 €

* PMSS 2022 : 3 428 €

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



6

Évolutions de la Couverture Supplémentaire Maladie

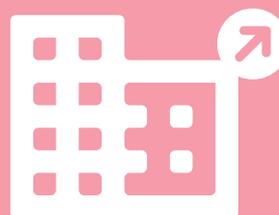
CSM Evin

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

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



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



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

année 1

0% maximum

année 2

+25%

année 3

+50%

années suivantes

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

(décret n°2017-372 du 21 mars 2017)

Maximum + 50 % pour les adhésions antérieures au 1^{er} juillet 2017

(décret n°90-769 30 août 1990)

Les services de la CSM sont reconduits



Tiers payant Viamedis



Téléconsultation médicale



Deuxième Avis Médical



Imagerie 3D (Visible Patient)

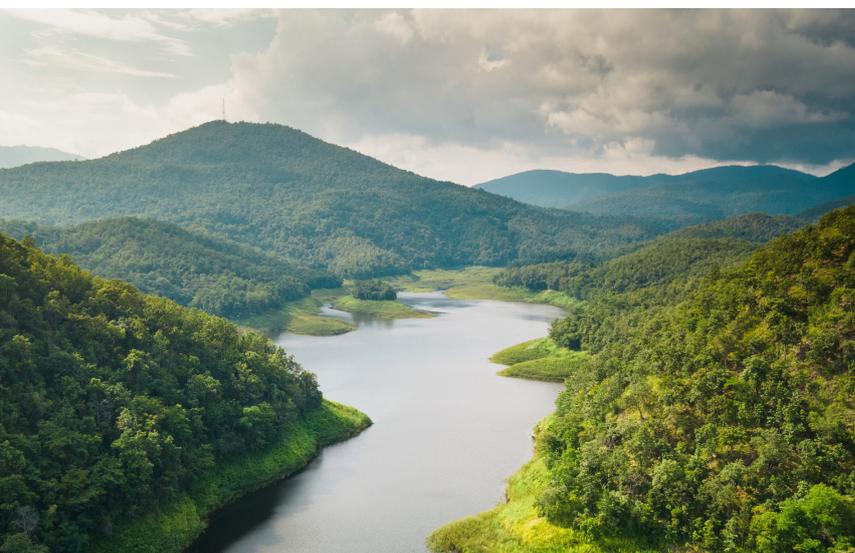
6

Évolutions de la Couverture Supplémentaire Maladie

CSM Evin

Génération CSM Evin	Structure cotisation	2022		
		Taux	€ max	
< 2016	Evin 1			
	Décret 1990	Isolé	1,367 % 46,86 €	
Art. 4 et 6	Famille	2,411 %	82,65 €	
> 2016 et < 07/2017	Evin 2			
	Décret 1990	Isolé	1,367 % 46,86 €	
Art. 4 et 6	Famille	2,411%	82,65 €	
> 07/2017	Evin 3			
	Art. 4 et 6	Isolé 1 ^{er} année	0,877 %	30,06 €
		Isolé 2 ^e année	1,096 %	37,57 €
		Isolé 3 ^e année	1,316 %	45,11 €
		Isolé 4 ^e année	1,367 %	46,86 €
		Ayants droit Camieg	0,988 %	33,87 €

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 428 € en 2022 montant idem à 2020 et 2021).



À noter que pour bénéficier des droits et avantages de la loi Evin, les adhérents à la CSM peuvent demeurer dans ce dispositif même après la 3^e année. Et ainsi conserver tous les avantages de la branche des IEG.

6

Précis sur la loi Evin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Depuis le décret 2017-372 du 21 mars 2017, une évolution des tarifs est prévue sur trois ans. La 1^{er} année, le prix payé par l'ancien salarié ne peut être supérieur aux tarifs globaux applicables aux salariés encore actifs. La 2^e année, la cotisation ne

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

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

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

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

Avantages de la loi Evin

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

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

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

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



Les services de la mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

24h/24 et 7j/7



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical



Deuxième Avis Médical

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



Ma famille



Energie Mutuelle Services*

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



Assistance Dépendance*

rente viagère mensuelle et aménagement du domicile (Indépendance Royale)

*selon votre garantie ou renfort

Mon budget

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

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne :

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

Assistance Energie Mutuelle

– Pierre :

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

Deuxième Avis Médical

– Monique, atteinte d'un cancer du sein :

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



Zoom sur Kalixia

Réseau de partenaires santé partout en France

Le réseau optique Kalixia

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

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

Kalixia : un réseau de partenaires santé partout en France

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

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

Les plus du réseau

Kalixia optique : un réseau de 6 700 opticiens

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

Kalixia audio : 4 400 centres audio

Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : jusqu'à 600 € en moyenne d'économie pour un double équipement (prix moyen constaté sur le marché : 3 600 € pour un double équipement).

- **Un suivi personnalisé et régulier** lors de la période d'essai et d'adaptation, pendant toute la durée de vie de l'appareil
- **Un tarif tout compris** pour un appareil prêt à l'emploi, livré avec un kit d'entretien
- La possibilité d'en **faire bénéficier ses ascendants** directs.

Kalixia ostéo : près de 500 ostéopathes

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



Kalixia

1^{er} réseau de France
avec 11 millions de bénéficiaires

Géolocalisation accessible
depuis votre espace adhérent

Liberté de choix
du professionnel de santé

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



7_c

Ma carte de tiers payant

Comment lire ma carte de tiers payant, conseils pratiques.

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

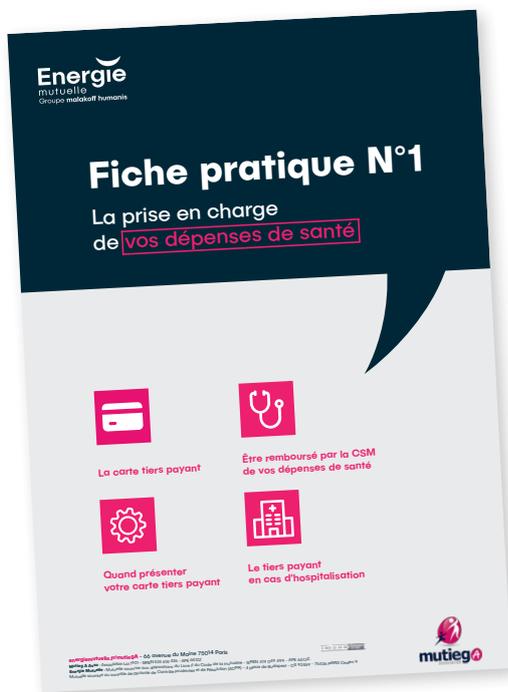
Pourquoi le nom de ma garantie ne figure-t-elle pas sur la carte de tiers payant ?

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

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

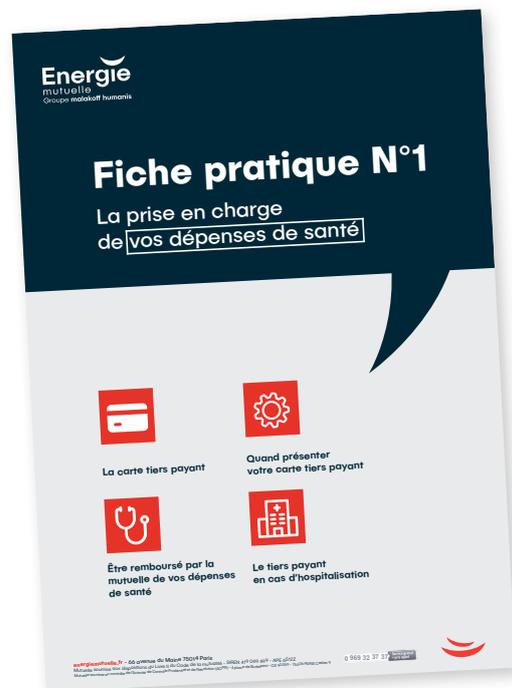
Pour certaines garanties, vous disposez d'une attestation parce que votre premier niveau de couverture intervient en surcomplémentaire de votre couverture qui n'est pas assurée par Energie Mutuelle. Le professionnel de santé ne peut pratiquer le tiers payant lorsque l'assuré dispose de deux complémentaires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

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



Régime spécial - Camieg

Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



Régime général

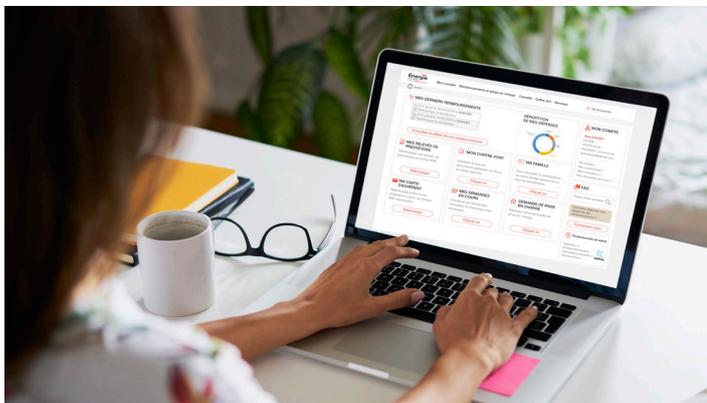
Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



7_D

Mes services en ligne

Ma complémentaire santé en ligne



Toutes vos démarches
en quelques clics



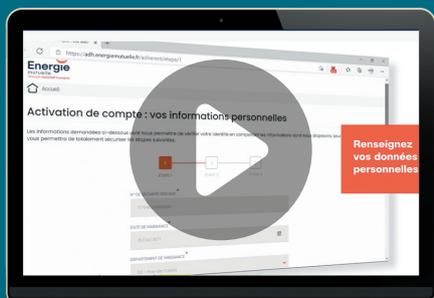
ACTIVER
MON COMPTE



GÉRER MES
DÉPENSES
DE SANTÉ



ACCÉDER À MES
INFORMATIONS
PERSONNELLES



Rendez-vous sur
adh.energiemutuelle.fr

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



Découvrez toutes
les fonctionnalités
de votre espace personnel

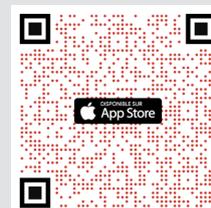


Transmettez un document
à Energie Mutuelle



Téléchargez
votre carte tiers payant

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





Synthèse

Évolutions réglementaires



PMSS

3 428 € pour 2022 (idem 2021)

Camieg

Prise en charge du Forfait Patients Urgences : création d'un forfait de 18 € (ou 8 € selon les cas) remplaçant le ticket modérateur.

Évolutions générales Energie Mutuelle



PRISE EN CHARGE DU FORFAIT PATIENTS URGENCES

Création d'un forfait de 18 € (ou 8 € selon les cas) remplaçant le ticket modérateur.

ALLOCATION MATERNITÉ OU D'ADOPTION

L'enfant doit être ayant droit du membre participant pour que le versement de l'allocation puisse être effectué.

Garanties Energie Mutuelle



SODELI-CORT

Amélioration de la prise en charge des médicaments prescrits non pris en charge par l'assurance maladie :

SODELI

Création d'un forfait de 25 € par an et par bénéficiaire

CORT

Augmentation du forfait à 50 € par an et par bénéficiaire

PRÉFÉRENCE

Forfait annuel prothèse dentaire à tarif libre et implant

[voir page Préférence](#)

RÉSEAU KALIXIA OPTIQUE

Les avantages du réseau sont sous réserve de la pratique du tiers payant par l'opticien

[voir page Kalixia](#)



Contactez votre mutuelle

Vous souhaitez **communiquer** avec votre mutuelle ?

Par téléphone

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 46 46 Service gratuit + prix appel

(adhérents Mutieg A)

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

(adhérents Energie Mutuelle)

Par internet

24h/24 et 7j/7 via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

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



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



Par téléphone

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

0 969 32 46 46 Service gratuit + prix appel



Par internet

via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

rubrique « Nous contacter »



Par courrier

adressez votre adhésion à
Energie Mutuelle
66 rue du Maine
75014 PARIS



Assez de blabla : passons à l'action, collectivement !

Parce que prendre soin de notre planète, c'est aussi prendre soin de notre santé, Energie Mutuelle s'engage pour que de nouvelles habitudes s'installent durablement dans notre quotidien et dans l'environnement des transitions écologique et énergétique. Ainsi, en 2021, Energie Mutuelle initie son Bilan RSE et se mobilise pour une politique de neutralité carbone pour 2030 puis de négativité carbone à l'horizon 2050. Energie Mutuelle veut contribuer à la transition énergétique, en jouant pleinement son rôle de Mutuelle de l'économie sociale et solidaire.

Vous souhaitez en savoir plus ?

Retrouvez le Bilan RSE d'Energie Mutuelle, ainsi que les actions passées et à venir, en ligne, sur notre site internet et les réseaux sociaux, au premier semestre 2022.