

Je suis en inactivité et  
**je souhaite bénéficier de l'offre Sérénité**

[Cotisations](#)

[Garanties](#)

[Services](#)

[Règlementaire](#)

[Contacts](#)

**Garantie dédiée aux anciens salariés statutaires  
des IEG et aux ayants droit Camieg**



# Sérénité

## Votre santé en toute tranquillité

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.

Vous pouvez également maintenir le renfort Sodeli et Cort que vous avez souscrit ou décider d'y adhérer pour mieux couvrir vos dépassements d'honoraires, vos frais dentaires, d'optique, d'hospitalisation et bénéficier de nombreux avantages :

- Des **remboursements complémentaires** à la couverture Sérénité sur les principaux postes de santé
- Une **garantie dépendance\***
- Une **assistance** (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante en cas d'hospitalisation, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, ...)
- Des **services de télémédecine** (téléconsultation médicale, deuxième avis médical, imagerie 3D)

	Niveau 1 Sérénité	Niveau 2 Sérénité + (e)Sodeli	Niveau 3 Sérénité + (e)Cort
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	OUI	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les dispositions d'attribution ou fonds dédié	OUI	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	OUI	OUI	OUI
Visible Patient Solution	OUI	OUI	OUI
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	OUI	OUI	OUI
Rente dépendance*	-	OUI Accessible uniquement avec <b>Sodeli</b>	OUI Accessible uniquement avec <b>Cort</b>

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

Pour plus d'information, rendez-vous sur les pages services ci-après



# Votre cotisation

## Sérénité



Isolé



Famille

### Cotisation mensuelles TTC

Cotisations calculées à partir du PMSS 2022

52,79 € / mois

94,61 € / mois



Isolé



Famille

### Sérénité + Sodeli

58,89 € / mois

105,11 € / mois

### Sérénité + eSodeli

56,43 € / mois

102,66 € / mois

### Sérénité + Cort

73,69 € / mois

133,60 € / mois

### Sérénité + eCort

70,77 € / mois

130,68 € / mois

Sodeli ou Cort vous offrent des remboursements complémentaires sur les principaux postes de santé. Elles vous permettent également de bénéficier de tous les services proposés par Energie mutuelle.

## Avantage Sérénité Duo

Votre budget préservé 

Réduisez de 10 % votre cotisation

Sérénité + **Sodeli** ou **Cort**

## Sodeli et Cort



Isolé



Famille

Sodeli



Isolé



Famille

eSodeli

### Cotisation TTC en € / mois\*

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

12,64 €

22,19 €

9,91 €

19,46 €

### Cotisation globale Sérénité + Sodeli

65,43 €

116,80 €

62,70 €

114,07 €

### Avantage Sérénité DUO

- 6,54 €

- 11,68 €

- 6,27 €

- 11,41 €

### Cotisation globale Sérénité + Sodeli DUO

58,89 €

105,11 €

56,43 €

102,66 €

Cort

eCort

### Cotisation TTC en € / mois\*

Incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24€. Incluant les prestations nrCort\*\* dépassements d'honoraires Non OPTAM et Montures : 2,49 € l'isolé et 4,88 € la famille

29,08 €

53,83 €

25,84 €

50,59 €

### Cotisation globale Sérénité + Cort

81,87 €

148,44 €

78,63 €

145,20 €

### Avantage Sérénité DUO

- 8,19 €

- 14,84 €

- 7,86 €

- 14,52 €

### Cotisation globale Sérénité + Cort DUO

73,69 €

133,60 €

70,77 €

130,68 €

Incluant les prestations nrCort\*\* dépassements d'honoraires Non OPTAM et Montures : 2,49 € l'isolé et 4,88 € la famille

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

\*\* Pour les prestations NR CORT mentionnées dans le tableau des garanties (dépassements d'honoraires des médecins Non-Optam et forfait monture au-delà de la limite des contrats responsables) intègrent la Taxe de Solidarité Additionnelle au taux spécifique de 20,27 %. NR : Non Responsable.

# SÉRÉNITÉ SODELI & CORT

## PRESTATIONS 2022

Grille de prestations conforme au dispositif 100 % santé et aux engagements pour la lisibilité des garanties signés par l'UNOCAM le 14 février 2019.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodeli <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(6)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)</b>					
Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne comprend pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier. * Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.					
<b>Frais de séjour et de salle d'opération</b> (dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	20 % / 0 %	100 %	100 %	200 %
<b>Franchise sur les actes CCAM &gt; 120 €</b>	-	24 €	-	-	-
<b>Forfait patient urgences*</b>	-	Sans reste à payer	-	-	-
<b>Honoraires</b>					
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	100 %	100 %	200 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	-	100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du CSS</b>	-	-	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
<b>Chambre particulière</b>					
Hospitalisation complète yc maternité, avec nuitée	-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)	2,1 % du PMSS (71,99 €) + 25 € / jour	2,1 % du PMSS (71,99 €) + 35 € / jour
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)	1,12 % du PMSS (38,39 €)	1,12 % du PMSS (38,39 €)
<b>Frais d'accompagnant</b> (enfant de moins de 16 ans)	-	-	1 % du PMSS (34,28 €)	1 % du PMSS (34,28 €) + 15 € / jour	1 % du PMSS (34,28 €) + 20 € / jour
<b>Frais d'accompagnant</b> (adulte de plus de 70 ans)	-	-	-	20 € / jour	25 € / jour
<b>Frais de transport</b>	65 %	35 %	-	-	-

### VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution** pour l'analyse en 3D des organes à opérer
- Bénéficiez de la **dispense d'avance de frais** en cas d'hospitalisation avec Viamedis (à l'aide de votre carte de tiers payant)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services



		Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodeli <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(6)</sup>
Régime de base	Part complémentaire					

## SOINS COURANTS

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

#### Généraliste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM <sup>(1)</sup> )	70 %	50 %	60 %	120 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	40 %	80 %	140 %

#### Spécialiste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	280 %

#### Actes techniques médicaux

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %

#### Actes d'imagerie médicale

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %

#### Auxiliaires médicaux

	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
--	------	------	------	------	-------

#### Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
--	------	------	------	------	-------

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

	-	-	0,7 % du PMSS (24,00 €)	0,7 % du PMSS (24,00 €) + 35 €	0,7 % du PMSS (24,00 €) + 50 €
--	---	---	-------------------------	--------------------------------	--------------------------------

#### Frais de transport

	65 %	35 %	-	-	-
--	------	------	---	---	---

#### Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	-	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	-	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	-	-	-

#### Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire

	-	-	-	25 €	50 €
--	---	---	---	------	------

#### Pansements

	60 %	60 %	40 %	190 %	240 %
--	------	------	------	-------	-------

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

	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 35 €	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 100 €
--	---	---	--------------------------	---------------------------------	----------------------------------

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

	-	-	34 €	59 €	69 €
--	---	---	------	------	------

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

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

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

	NON	NON	OUI	OUI	OUI
--	-----	-----	-----	-----	-----

### VOS AVANTAGES

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



Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(4)</sup>
Régime de base	Part complémentaire			

## OPTIQUE

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

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

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

Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77€ (y compris le régime de base à 0,06€ soit 76,94€ pour le régime complémentaire) et pour Sérénité au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00€) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (soit 76,94€) et du régime de base.

\* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.

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

\*\*\* La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60% de la BR pour le régime de base et 60% de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

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

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

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

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € y.c régime de base	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € y.c régime de base			
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € y.c régime de base			
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € y.c régime de base			
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) nr-Cort	60 %	77 € y.c régime de base	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 150 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) nr-Cort	60 %	35 € y.c régime de base			

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € y.c régime de base	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite**	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 10 €	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 15 €
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € y.c régime de base		Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 15 €	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 20 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € y.c régime de base		Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 20 €	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € y.c régime de base			
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) nr-Cort	60 %	77 € y.c régime de base	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 150 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) nr-Cort	60 %	35 € y.c régime de base			
<b>Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***</b>	60 %	60 %	-	-	-



		<b>Camiege<sup>(6)</sup></b>		<b>SÉRÉNITÉ<sup>(4)</sup></b>	<b>SÉRÉNITÉ + Sodeli<sup>(6)</sup></b>	<b>SÉRÉNITÉ + Cort<sup>(6)</sup></b>
<b>Régime de base</b>	<b>Part complémentaire</b>					

## OPTIQUE (suite)

### Lentilles

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

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	1,5 % du PMSS (51,42 €)	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 30 €	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	-	120€	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation : Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €)	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 30€	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 60 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	1,5 % du PMSS (51,42 €)	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 30 €	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation : Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €)	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 30 €	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 60 €
<b>Chirurgie corrective</b> (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) <b>non prise en charge par la Sécurité sociale</b> (forfait par année civile et par œil)	-	-	32 % du PMSS (1 096,96 €)	32 % du PMSS (1 096,96 €) + 200€	32 % du PMSS (1 096,96 €) + 350 €

#### Grille optique Sérénité pour Adulte (+18 ans) :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
<b>0 - 2</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>2,25 - 4</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>4,25 - 6</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>6,25 - 8</b>	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>8,25 - 12</b>	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €
<b>12,25 et plus</b>	115,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €

#### Grille optique Sérénité pour Enfant (-18 ans) :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
<b>0 - 2</b>	53,00€	66,00€	123,00€	173,00€	192,00€	192,00€
<b>2,25 - 4</b>	53,00€	66,00€	123,00€	173,00€	192,00€	192,00€
<b>4,25 - 6</b>	53,00€	66,00€	123,00€	191,00€	192,00€	192,00€
<b>6,25 - 8</b>	118,00€	160,00€	205,00€	191,00€	192,00€	192,00€
<b>8,25 - 12</b>	118,00€	160,00€	205,00€	191,00€	294,00€	294,00€
<b>12,25 et plus</b>	198,00€	160,00€	205,00€	191,00€	294,00€	294,00€

Légende :

Verre simple

Verre complexe

Verre très complexe

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



Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(4)</sup>
Régime de base	Part complémentaire			

## DENTAIRE

\* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) et pour certains actes, en complément par la garantie Sérénité dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.

<b>Prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup></b>	70 %	425 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	-------	---------------------	---------------------	---------------------

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

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

Soins dentaires	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	100 %	150 %	250 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	-	70 %	100 %	150 %
Radiologie dentaire	70 %	50 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	425 %	150 %	225 %	300 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	425 %	150 %	225 %	300 %

#### Implantologie

Couronne définitive sur implant, maximum 5 par année civile et par bénéficiaire	70 %	425 %	10,5 % du PMSS (359,94 €)	10,5 % du PMSS (359,94 €) + 100 €	10,5 % du PMSS (359,94 €) + 200 €
<b>Orthodontie</b>	100 %	260 %	200 %	280 %	360 %

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

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	150 %	250 %	350 %
Orthodontie	-	-	300 %	360 %	460 %
Implantologie - Par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 5 par année civile	-	-	20 % du PMSS (685,60 €)	20 % du PMSS (685,60 €) + 250 €	20 % du PMSS (685,60 €) + 500 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	-	2 % PMSS (68,56 €)	2 % PMSS (68,56 €) + 7 €	2 % PMSS (68,56 €) + 35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	-	4 % PMSS (137,12 €)	4 % PMSS (68,56 €) + 15 €	4 % PMSS (137,12 €) + 65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	1 % PMSS (34,28 €)	1 % PMSS (34,28 €)	1 % PMSS (34,28 €) + 15 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	8,4 % du PMSS (287,95 €)	8,4 % du PMSS (287,95 €) + 275 €	8,4 % du PMSS (287,95 €) + 750 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	-	30 % des Frais Réels	40 % des Frais Réels	60 % des Frais Réels



	Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodelij <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(6)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<b>MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE</b>					
<b>Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale</b>	60 % / 100 %	60 % / 90 % 150 % / 190 %	100 %	150 %	200 %
<b>Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale</b>	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 085,20 €)	90 % du PMSS (3 085,20 €)	90 % du PMSS (3 085,20 €)
<b>Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)</b>	-	-	-	500 € / an	500 € / an

## AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

\* À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, le remboursement de la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019) et de la garantie souscrite (décret n°2019-65 du 31 janvier 2019) est plafonné à 1700 €. La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.

<b>Équipement auditif 100% Santé<sup>(2)</sup> (classe I <sup>(3)</sup>)</b>	60 %	Sans reste à payer	-	-	-
<b>Équipement auditif autre que 100% Santé<sup>(2)</sup> (classe II <sup>(3)</sup>)</b>					
Aide auditive unilatérale - nrCort	60 %	Forfait de 1700€ yc Régime de base pour chaque aide	-	-	200 €*
Aide auditive bilatérale - nrCort			-	-	400 €*
<b>Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)	1,4 % du PMSS (47,99 €) + 25 €	1,4 % du PMSS (47,99 €) + 50 €

### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

<b> GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE</b>					
<b>Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)</b>	-	-	-	100 € / mois	150 € / mois
<b>Allocation Équipement (GIR 3)</b>	-	-	-	-	1 000 €
<b>Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)</b>	-	-	OUI	OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie :

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

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



	Camieg <sup>(5)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Sodelj <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + Cort <sup>(4)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
<b>Cure thermique acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	65 %	55 %	8 % du PMSS (274,24 €)	8 % du PMSS (274,24 €) + 175 €	8 % du PMSS (274,24 €) + 200 €
<b>Vaccins non remboursés (par vaccin)</b>	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 20 €	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 75 €
<b>Ostéodensitométrie non remboursée</b>	-	-	2,8 % du PMSS (95,98 €)	2,8 % du PMSS (95,98 €) + 20 €	2,8 % du PMSS (95,98 €) + 75 €
<b>Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)</b>	Sans reste à payer		Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
<b>Pack Prévention annuel comprenant :</b>					
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;					
- podologue et bilan podologique ;					
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;	-	-	3,85 % du PMSS (131,98 €)	3,85 % du PMSS (131,98 €) + 100 €	3,85 % du PMSS (131,98 €) + 200 €
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;					
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;					
- test Hémoocult, tensiomètre prescrits par un médecin ;					
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.					
<b>Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant ayant droit limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption par un parent</b>	-	-	-	100 €	150 €
<b>Séance d'activité physique prescrite par le médecin traitant aux bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (forfait par année civile et par bénéficiaire)</b>	-	-	-	60 €	90 €

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

Les remboursements de la complémentaire Sérénité complètent ceux du régime CAMEIEG dans la limite des frais réels et des planchers et plafonds pris en charge prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

#### Abréviations :

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMEIEG** : Caisse du Régime Obligatoire d'Assurances Maladie des Industries Electriques et Gazières. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris. **nrCORT** : prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties yc régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

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

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

- (1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.
- (2) Tels que définis réglementairement par le Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 : dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
- (3) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.
- (4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- (5) Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
- (6) Hors remboursement de la Camieg

# SÉRÉNITÉ eSODELI & eCORT

## PRESTATIONS 2022

Grille de prestations conforme au dispositif 100 % santé et aux engagements pour la lisibilité des garanties signés par l'UNOCAM le 14 février 2019.

	Camieq <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(6)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(6)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<p>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.</p>					
<p><b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)</b></p> <p>Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne comprend pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier. * Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.</p>					
<b>Frais de séjour et de salle d'opération</b> (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	20 % / 0 %	100 %	100 %	200 %
<b>Franchise sur les actes CCAM &gt; 120 €</b>	-	24 €	-	-	-
<b>Forfait patient urgences*</b>	-	Sans reste à payer	-	-	-
<b>Honoraires</b>					
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	100 %	100 %	200 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	-	100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du CSS</b>	-	-	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
<b>Chambre particulière</b>					
Hospitalisation complète yo maternité, avec nuitée	-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)	2,1 % du PMSS (71,99 €) + 25 € / jour	2,1 % du PMSS (71,99 €) + 35 € / jour
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)	1,12 % du PMSS (38,39 €)	1,12 % du PMSS (38,39 €)
<b>Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)</b>	-	-	1 % du PMSS (34,28 €)	1 % du PMSS (34,28 €) + 15 € / jour	1 % du PMSS (34,28 €) + 20 € / jour
<b>Frais d'accompagnant (adulte de plus de 70 ans)</b>	-	-	-	20 € / jour	25 € / jour
<b>Frais de transport</b>	65 %	35 %	-	-	-

### VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution** pour l'analyse en 3D des organes à opérer
- Bénéficiez de la **dispense d'avance de frais** en cas d'hospitalisation avec Viamedis (à l'aide de votre carte de tiers payant)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services



Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
Régime de base	Part complémentaire			

## SOINS COURANTS

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

#### Généraliste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM <sup>(1)</sup> )	70 %	50 %	60 %	120 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	40 %	80 %	140 %

#### Spécialiste

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	280 %

#### Actes techniques médicaux

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %

#### Actes d'imagerie médicale

<b>Signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
<b>Non signataire</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCort	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %

#### Auxiliaires médicaux

<b>Analyses, prélèvements et examens de laboratoire</b>	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
<b>Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	-	-	0,7 % du PMSS (24,00 €)	0,7 % du PMSS (24,00 €) + 35 €	0,7 % du PMSS (24,00 €) + 50 €
<b>Frais de transport</b>	65 %	35 %	-	-	-

#### Médicaments

Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	-	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	-	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	-	-	-
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	25 €	50 €

#### Pansements

<b>Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 35 €	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 100 €
--	---	---	--------------------------	---------------------------------	----------------------------------

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

	-	-	34 €	59 €	69 €
--	---	---	------	------	------

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

	-	-	-	25 € par séance (2 séances)	35 € par séance (4 séances)
<b>Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité</b>	NON	NON	OUI	OUI	OUI

### VOS AVANTAGES

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



Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
Régime de base	Part complémentaire			

## OPTIQUE

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

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

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

Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77€ (y compris le régime de base à 0,06€ soit 76,94€ pour le régime complémentaire) et pour Sérénité au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00€) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (soit 76,94€) et du régime de base.

\* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.

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

\*\*\* La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60% de la BR pour le régime de base et 60% de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

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

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

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

Description	Régime de base	Part complémentaire	SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € y.c régime de base	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia	100% des frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € y.c régime de base			
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € y.c régime de base			
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € y.c régime de base			
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) nr-Cort	60 %	77 € y.c régime de base	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 150 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) nr-Cort	60 %	35 € y.c régime de base			

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Description	Régime de base	Part complémentaire	SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € y.c régime de base	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite**	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 10 €	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 15 €
Par verre simple <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € y.c régime de base		Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 15 €	Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 20 €
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € y.c régime de base		Grille optique Sérénité fonction de la correction visuelle prescrite** + 20 €	
Par verre complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € y.c régime de base			
Par verre très complexe <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € y.c régime de base			
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) nr-Cort	60 %	77 € y.c régime de base	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 100 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg	Plafond 150 € sous déduction du remboursement du régime complémentaire Camieg
Par monture de lunettes <sup>(4)</sup> (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) nr-Cort	60 %	35 € y.c régime de base			
<b>Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***</b>	60 %	60 %	-	-	-



		<b>Camie(g)</b>	<b>SÉRÉNITÉ<sup>(6)</sup></b>	<b>SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli<sup>(6)</sup></b>	<b>SÉRÉNITÉ + (e)Corr<sup>(6)</sup></b>
<b>Régime de base</b>	<b>Part complémentaire</b>				

## OPTIQUE (suite)

### Lentilles

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

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	1,5 % du PMSS (51,42 €)	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 30 €	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	-	120€	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation : Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €)	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 30€	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 60 €

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 <sup>er</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	1,5 % du PMSS (51,42 €)	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 30 €	1,5 % du PMSS (51,42 €) + 60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	60 %	645 %	-	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation : Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €)	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 30 €	7,35 % du PMSS (251,96 €) + 60 €
<b>Chirurgie corrective</b> (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) <b>non prise en charge par la Sécurité sociale</b> (forfait par année civile et par œil)	-	-	32 % du PMSS (1 096,96 €)	32 % du PMSS (1 096,96 €) + 200€	32 % du PMSS (1 096,96 €) + 350 €

#### Grille optique Sérénité pour Adulte (+18 ans) :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
<b>0 - 2</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>2,25 - 4</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>4,25 - 6</b>	35,0 €	55,0 €	94,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>6,25 - 8</b>	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
<b>8,25 - 12</b>	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €
<b>12,25 et plus</b>	115,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €

#### Grille optique Sérénité pour Enfant (-18 ans) :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
<b>0 - 2</b>	53,00€	66,00€	123,00€	173,00€	192,00€	192,00€
<b>2,25 - 4</b>	53,00€	66,00€	123,00€	173,00€	192,00€	192,00€
<b>4,25 - 6</b>	53,00€	66,00€	123,00€	191,00€	192,00€	192,00€
<b>6,25 - 8</b>	118,00€	160,00€	205,00€	191,00€	192,00€	192,00€
<b>8,25 - 12</b>	118,00€	160,00€	205,00€	191,00€	294,00€	294,00€
<b>12,25 et plus</b>	198,00€	160,00€	205,00€	191,00€	294,00€	294,00€

Légende :

Verre simple

Verre complexe

Verre très complexe

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



Camieg <sup>(5)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
Régime de base	Part complémentaire			

## DENTAIRE

\* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) et pour certains actes, en complément par la garantie Sérénité dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.

<b>Prothèses 100% Santé<sup>(2)</sup></b>	70 %	425 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	-------	---------------------	---------------------	---------------------

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

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

Soins dentaires	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	100 %	150 %	250 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	-	70 %	100 %	150 %
Radiologie dentaire	70 %	50 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	425 %	150 %	225 %	300 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	425 %	150 %	225 %	300 %

#### Implantologie

Couronne définitive sur implant, maximum 5 par année civile et par bénéficiaire	70 %	425 %	10,5 % du PMSS (359,94 €)	10,5 % du PMSS (359,94 €) + 100 €	10,5 % du PMSS (359,94 €) + 200 €
<b>Orthodontie</b>	100 %	260 %	200 %	280 %	360 %

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

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	150 %	250 %	350 %
Orthodontie	-	-	300 %	360 %	460 %
Implantologie - Par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 5 par année civile	-	-	20 % du PMSS (685,60 €)	20 % du PMSS (685,60 €) + 250 €	20 % du PMSS (685,60 €) + 500 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	-	2 % PMSS (68,56 €)	2 % PMSS (68,56 €) + 7 €	2 % PMSS (68,56 €) + 35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	-	4 % PMSS (137,12 €)	4 % PMSS (68,56 €) + 15 €	4 % PMSS (137,12 €) + 65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	1 % PMSS (34,28 €)	1 % PMSS (34,28 €)	1 % PMSS (34,28 €) + 15 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	8,4 % du PMSS (287,95 €)	8,4 % du PMSS (287,95 €) + 275 €	8,4 % du PMSS (287,95 €) + 750 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	-	30 % des Frais Réels	40 % des Frais Réels	60 % des Frais Réels



	Camieg <sup>(6)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<b>MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE</b>					
<b>Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale</b>	60 % / 100 %	60 % / 90 % 150 % / 190 %	100 %	150 %	200 %
<b>Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale</b>	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 085,20 €)	90 % du PMSS (3 085,20 €)	90 % du PMSS (3 085,20 €)
<b>Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)</b>	-	-	-	500 € / an	500 € / an

## AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

\* À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, le remboursement de la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019) et de la garantie souscrite (décret n°2019-65 du 31 janvier 2019) est plafonné à 1700 €. La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.

<b>Équipement auditif 100% Santé<sup>(2)</sup> (classe I <sup>(3)</sup>)</b>	60 %	Sans reste à payer	-	-	-
<b>Équipement auditif autre que 100% Santé<sup>(2)</sup> (classe II <sup>(3)</sup>)</b>					
Aide auditive unilatérale - nrCort	60 %	Forfait de 1700€ yc Régime de base pour chaque aide	-	-	200 €*
Aide auditive bilatérale - nrCort			-	-	400 €*
<b>Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)	1,4 % du PMSS (47,99 €) + 25 €	1,4 % du PMSS (47,99 €) + 50 €

### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

## GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

<b>Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)</b>	-	-	-	-	-
<b>Allocation Équipement (GIR 3)</b>	-	-	-	-	-
<b>Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)</b>	-	-	OUI	OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie :

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

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



	Camieg <sup>(5)</sup>		SÉRÉNITÉ <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Sodeli <sup>(4)</sup>	SÉRÉNITÉ + (e)Cort <sup>(4)</sup>
	Régime de base	Part complémentaire			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
<b>Cure thermique acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire</b>	65 %	55 %	8 % du PMSS (274,24 €)	8 % du PMSS (274,24 €) + 175 €	8 % du PMSS (274,24 €) + 200 €
<b>Vaccins non remboursés (par vaccin)</b>	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 20 €	1,75 % du PMSS (59,99 €) + 75 €
<b>Ostéodensitométrie non remboursée</b>	-	-	2,8 % du PMSS (95,98 €)	2,8 % du PMSS (95,98 €) + 20 €	2,8 % du PMSS (95,98 €) + 75 €
<b>Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)</b>	Sans reste à payer		Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
<b>Pack Prévention annuel comprenant :</b>					
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;					
- podologue et bilan podologique ;					
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;	-	-	3,85 % du PMSS (131,98 €)	3,85 % du PMSS (131,98 €) + 100 €	3,85 % du PMSS (131,98 €) + 200 €
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;					
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;					
- test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ;					
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.					
<b>Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant ayant droit limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption par un parent</b>	-	-	-	100 €	150 €
<b>Séance d'activité physique prescrite par le médecin traitant aux bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (forfait par année civile et par bénéficiaire)</b>	-	-	-	60 €	90 €

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

Les remboursements de la complémentaire Sérénité complètent ceux du régime CAMEIEG dans la limite des frais réels et des planchers et plafonds pris en charge prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

#### Abréviations :

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMEIEG** : Caisse du Régime Obligatoire d'Assurances Maladie des Industries Electriques et Gazières. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris. **nrCORT** : prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties y compris régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

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

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

- (1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.
- (2) Tels que définis réglementairement par le Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 : dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.
- (3) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.
- (4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
- (5) Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
- (6) Hors remboursement de la Camieg



# Exemples de remboursements



	Dépense	Remboursement Camieg	Remboursement Energie mutuelle		
			Sérénité	Sérénité + (e)Sodeli	Sérénité + (e)Cort
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	26,6 €	9,20 €	18,4 €	22,4 €
Votre reste à charge**		23,4 €	14,2 €	5 €	1 €
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	95 €	26,6 €	18,4 €	18,4 €	64,4 €
Votre reste à charge**		68,4 €	50 €	50 €	4 €
Consultation d'Ostéopathe	70 €	0 €	34 €	59 €	69 €
Votre reste à charge		70 €	36 €	11 €	1 €
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Dans le réseau kalixia</b> Optique adulte Verres simples (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 150 € la monture)	135 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 115 € pour la monture
Votre reste à charge		265 €	50 €	50 €	0 €
<b>Dans le réseau kalixia</b> Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 150 € la monture)	283 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 115 € pour la monture
Votre reste à charge		447 €	50 €	50 €	0 €
<b>Hors réseau kalixia</b> Optique adulte Verres simple (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 150 € la monture)	135 €	175 €	195 €	255 €
Votre reste à charge		265 €	90 €	70 €	10 €
<b>Hors réseau kalixia</b> Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 150 € la monture)	283 €	377 €	397 €	447 €
Votre reste à charge		447 €	70 €	50 €	0 €
<b>DENTAIRE</b>					
Prothèse dentaire tarifs libres, couronne céramo-céramique (BR* 107,5 €)	800 €	532,13 €	161,25 €	241,88 €	267,87 €
Votre reste à charge		267,87 €	106,62 €	25,99 €	0 €
Implant dentaire	1 200 €	0 €	685,6 €	935,6 €	1 185,6 €
Votre reste à charge		1 200 €	514,4 €	264,4 €	14,4 €
Orthodontie Adulte Non remboursée par la Sécurité sociale (deux semestres avec une BR* 193,5 € chacun)	2 400 €	0 €	1 161 €	1 393,2 €	1 780,2 €
Votre reste à charge		2 400 €	1 239 €	1 006,8 €	619,8 €
<b>HOSPITALISATION</b>					
Chambre particulière (par nuitée)	110 €	0 €	71,99 €	96,99 €	106,99 €
Votre reste à charge		110 €	38,01 €	13,01 €	3,01 €
Opération Chirurgie Non OPTAM (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFM003 BR* 388,62 €)	1 600 €	1 165,86 €	0 €	0 €	388,62 €
Votre reste à charge		434,14 €	434,14 €	434,14 €	45,52 €

\* Base de remboursement de la Sécurité sociale. \*\* qui comprend 1 € de participation forfaitaire de la Sécurité sociale



# 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...



### Rente Dépendance\*

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



### Aménagement du domicile

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

\* Selon votre garantie ou renfort

## Mon budget

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

« Je me suis fracturé la cheville lors d'une randonnée. Nous avons contacté l'assistance pour trouver une solution d'aide ménagère, ainsi que de garde d'enfants le temps de mon immobilisation. »

### Deuxième Avis Médical

– Monique, atteinte d'un cancer du sein :

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



# Assistance, Energie Mutuelle Services

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

**Information**



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

**Prise en charge pour les enfants de moins de 16 ans**



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

**Aide à domicile**



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

**Gardiennage d'animaux**



suite à une hospitalisation, maladie ou accident

**Prise en charge d'une personne dépendante**



au domicile pendant une hospitalisation

**Aide lors d'une immobilisation**



au domicile suite à une maladie ou accident (adhérent, conjoint, enfants)



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



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

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

Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**, toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

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

**energiemutuelle.fr** - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

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 humanis



# 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



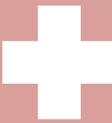
**SERVICE  
SÉCURISÉ**



**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.

Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**,  
toutes les informations pratiques et relatives à ces services.



# Visible Patient Solution

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

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) une copie virtuelle 3D de votre anatomie. A l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.



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

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

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

[visiblepatient.com/patient/](https://visiblepatient.com/patient/)

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



# Deuxième Avis Médical

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

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

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

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

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

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

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



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



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



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



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



**Sécurité des données de santé**

Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**, toutes les informations pratiques et relatives à ces services.

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

**energiemutuelle.fr** - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

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 - OS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis



# Réseau de soins Kalixia



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

Plus de 6 700 centres optiques



## DES PRIX NÉGOCIÉS

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

Plus de 4 400 centres audio



## DES PRIX ACCESSIBLES

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

Près de 500 ostéopathes



## DES PRIX MAÎTRISÉS

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

## Une qualité de services garantie par le réseau

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

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

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

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

- Kalixia : 1<sup>er</sup> réseau de France avec 11 millions de bénéficiaires
- Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent
- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et en audio via notre partenaire Viamedis

0 969 32 37 37 Service gratuit  
\* prix appel

[energiemutuelle.fr](http://energiemutuelle.fr) - 66 avenue du Maine - 75014 Paris

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 humanis



# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2022

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

SIREN N°419 049 499

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

Produit : **SÉRÉNITÉ**

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

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

Le produit d'Assurance de Surcomplémentaire Santé SÉRÉNITÉ est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

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

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Frais de salle d'opération, Forfait journalier, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans).
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements et examens de laboratoire, Analyse hors nomenclature, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézières, Majoration des soins courants de 50 % (Médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la carte mobilité Inclusion mention Invalidité.
- ✓ **Optique** : Montures et verres de classe B (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité Sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles y compris lentilles jetables (1 équipement/an), Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie pris en charge par la Sécurité Sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Couronne ou stellite provisoire, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical – Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Aide auditive** : accessoires, fournitures et entretien des aides auditives remboursées
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack Prévention.

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

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



## Où suis-je couvert(e) ?

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



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières, et bénéficiaires d'une pension de retraite ; et ses ayants droit bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ; ainsi que les personnes bénéficiaires d'un assuré décédé sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès ou que la mutuelle en ait eu connaissance.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### En cours de contrat :

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

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



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification.
- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion et/ou demander la radiation d'un de ses ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande de résiliation par tous moyens contractuels au moins 2 mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations, par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2022

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

SIREN N°419 049 499

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

**Produit : SODELI**

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

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

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



## Qu'est-ce qui est assuré ?

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

- ✓ **Hospitalisation** : Chambre particulière (complète et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans et adulte de plus de 70 ans).
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes, Actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM-CO), Actes d'imagerie médicale (OPTAM/OPTAM-CO), Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoire, analyse hors nomenclature, Médicaments prescrits non remboursés, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières et Consultations psychologues.
- ✓ **Optique** : Verres adultes et enfants acceptés par la Sécurité Sociale de classe B (hors réseau Kalixia), Lentilles y compris jetables (2 équipements par an), Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins (Inlay-Onlay), Prothèses dentaires pris en charge par la Sécurité Sociale, Implantologie, Orthodontie, Couronne, Prothèses, Parodontologie et autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale, Forfait équipement handicap.
- ✓ **Aide auditive** : accessoires, fournitures et entretien.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack Prévention, Allocation maternité ou d'adoption, Séance d'activité physique prescrite.

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Garantie Perte d'autonomie / Dépendance (GIR 1 et GIR 2)

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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

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



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : sur frais réels limités à 100 € (12 séances par année civile).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 2 séances par année civile.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière maternité pour 8 jours.



## Où suis-je couvert(e) ?

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



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou adhérents à la garantie Préférence ou Sérénité ou garantis par un premier régime complémentaire au régime Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### En cours de contrat :

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement d'avance à la date indiquée dans le contrat.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou chèque.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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



# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2022

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité – SIREN N°419 049 499

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

**Produit : CORT**

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

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

Le produit d'Assurance de Surcomplémentaire Santé CORT est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la Complémentaire Santé dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables avec des prestations non responsables, et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

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

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Chambre particulière (complète et maternité), Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus 70 ans).
- ✓ **Soins courants** : Consultations, Visites de médecins généralistes et spécialistes (OPTAM/OPTAM-CO), Actes techniques médicaux (OPTAM/OPTAM-CO), Actes d'imagerie médicale (OPTAM/OPTAM-CO), Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements et examen de laboratoire, Analyse hors nomenclature, Médicaments prescrits non remboursés, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, Consultation de psychologue.
- ✓ **Optique** : Verres de classe B (hors réseau Kalixia), Lentilles y compris lentilles jetables (2 équipements/an), Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronne, Orthodontie, Parodontologie et autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical – Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales acceptées par la Sécurité sociale, Forfait Equipement handicap.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack Prévention, Allocation de naissance ou d'adoption, Séance d'activité physique prescrite.

### LES GARANTIES NON RESPONSABLES (Prestations NR Cort)

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Frais de séjour et honoraires de médecins (non OPTAM / non OPTAM-CO) avec ou sans acte CCAM > 120 €.
- ✓ **Soins courants** : Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes (non OPTAM), Actes techniques médicaux (non OPTAM / non OPTAM-CO), Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie (non OPTAM / non OPTAM-CO).
- ✓ **Optique** : Monture dans et hors réseau Kalixia.
- ✓ **Aide auditive** : Équipement auditif de classe II accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoire, fournitures et entretien).

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : sur frais réels limités à 100 € (12 séances par année civile).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 4 séances par année civile.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.



## Où suis-je couvert(e) ?

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



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### À la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et de la garantie collective obligatoire de branche dite CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) ainsi que ceux bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) ou de leur équivalent mis en place pour les retraités ou adhérents à la garantie Préférence ou Sérénité ou garantis par un premier régime complémentaire au régime Sécurité sociale hors complémentaire Energie Mutuelle.
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

#### En cours de contrat :

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



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

**INFORMATIONS PRÉALABLES**

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

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

**VOTRE SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE**

Civilité : M.      Mme

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M      F

Adresse :

Code postal :

Ville :

e-mail :

Situation familiale : Marié(e)

Célibataire

Divorcé(e)/Séparé(e)

Pacsé(e)

Veuf(ve)

Concubin

Nombre d'enfants à charge fiscale :

Régime Sécurité sociale :

Vos contrats Energie Mutuelle :

Profession :

**VOS BESOINS**

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

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

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

Vos souhaits de garanties sont les suivants :

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

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

HOSPITALISATION :

CONSULTATIONS :

OPTIQUE :

DENTAIRE :

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

Oui

Non

▪ **Qui souhaiteriez-vous assurer ?**

Vous seul

Toute la famille

**VOS CONSEILLERS DISTRIBUTEURS**

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

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

**NOTRE PRÉCONISATION**

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

→

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

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

## **VOS DÉCLARATIONS**

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

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

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

## **SIGNATURE**

Fait, à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Vous (nom, prénom)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

### **Protection des données**

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

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

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

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

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

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

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



# Contacter Energie mutuelle

Vous souhaitez adhérer à l'une de nos garanties ?



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

0 969 32 15 75

Service gratuit  
+ prix appel



Par 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

Vous souhaitez communiquer avec Energie mutuelle ?



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

0 969 32 37 37

Service gratuit  
+ prix appel

Par Internet 24h/24 et 7j/7

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

