

Oxygène et Essentiel,
la complémentaire qui répond à vos besoins

Cotisations

Garanties

Services

Règlementaire

Contacts

Garanties dédiées aux assurés du régime général de la Sécurité sociale



Oxygène et Essentiel

Votre santé en toute tranquillité

Vous ne relevez pas du statut des Industries Electriques et Gazières ? Vous n'êtes pas ayant droit d'un salarié statutaire ou retraité des IEG ? Les garanties Oxygène et Essentiel ont été pensées pour vous afin de vous offrir un niveau de remboursement supplémentaire au Régime Général ou Local de la Sécurité sociale.

L'adhésion à l'une de ces garanties vous permet ainsi de diminuer vos frais de santé et votre reste à charge tout en bénéficiant de prestations au plus près de vos besoins.

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

- Des **tarifs préférentiels** avec Kalixia, le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie
- 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 Oxygène 1	Niveau 2 Oxygène 2	Niveau 3 Essentiel 1	Niveau 4 Essentiel 2
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	OUI	OUI	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les dispositions d'attribution ou fonds dédié	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	OUI	OUI	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	OUI	OUI	OUI	OUI
Visible Patient Solution	OUI	OUI	OUI	OUI
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	OUI	OUI	OUI	OUI

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

OXYGÈNE 1



Seul



Couple

	€/ mois*	€/ mois*
Né en 1992 et après	37,03 €	73,76 €
Né entre 1982 et 1991	37,91 €	75,54 €
Né entre 1972 et 1981	42,55 €	84,82 €
Né entre 1962 et 1971	48,77 €	97,22 €
Né entre 1952 et 1961	73,53 €	146,80 €
Né entre 1942 et 1951	87,48 €	174,66 €
Né entre 1932 et 1941	129,34 €	258,39 €
Né avant 1931	141,73 €	283,17 €
Enfant	32,48 €	

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

energiemutuelle.fr

66 avenue du Maine
75014 PARIS

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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



OXYGÈNE 2



Seul



Couple

	€/ mois*	€/ mois*
Né en 1992 et après	54,16 €	108,05 €
Né entre 1982 et 1991	55,45 €	110,62 €
Né entre 1972 et 1981	61,53 €	122,79 €
Né entre 1962 et 1971	76,72 €	153,21 €
Né entre 1952 et 1961	94,98 €	189,70 €
Né entre 1942 et 1951	123,88 €	247,48 €
Né entre 1932 et 1941	151,25 €	302,19 €
Né avant 1931	180,16 €	360,03 €
Enfant	48,18 €	

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

energiemutuelle.fr

66 avenue du Maine
75014 PARIS

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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



ESSENTIEL 1



Seul



Couple

	€/ mois*	€/ mois*
Né en 1992 et après	119,51 €	238,71 €
Né entre 1982 et 1991	122,35 €	244,42 €
Né entre 1972 et 1981	128,44 €	256,61 €
Né entre 1962 et 1971	134,50 €	268,73 €
Né entre 1952 et 1961	142,11 €	283,91 €
Né entre 1942 et 1951	164,92 €	329,60 €
Né entre 1932 et 1941	187,73 €	375,19 €
Né avant 1931	212,07 €	423,83 €
Enfant	60,04 €	

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

energiemutuelle.fr

66 avenue du Maine
75014 PARIS

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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



ESSENTIEL 2



Seul



Couple

	€/ mois*	€/ mois*
Né en 1992 et après	170,49 €	340,69 €
Né entre 1982 et 1991	174,57 €	348,85 €
Né entre 1972 et 1981	183,28 €	366,20 €
Né entre 1962 et 1971	191,94 €	383,57 €
Né entre 1952 et 1961	200,66 €	400,96 €
Né entre 1942 et 1951	228,47 €	456,61 €
Né entre 1932 et 1941	256,25 €	512,19 €
Né avant 1931	285,79 €	571,27 €
Enfant	85,61 €	

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

energiemutuelle.fr

66 avenue du Maine
75014 PARIS

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

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



OXYGÈNE & ESSENTIEL

POUR LES PERSONNES EXTÉRIEURES AUX IEG

.....
PRESTATIONS 2022
.....

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

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

RÉGIME GÉNÉRAL⁽⁵⁾

OXYGÈNE⁽⁶⁾

ESSENTIEL⁽⁶⁾

OPTION 1

OPTION 2

OPTION 1

OPTION 2



HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.

Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent :

- le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ;
- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

* Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
Frais de séjour et de salle d'opération en établissement conventionné	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	90 % des Frais Réels	90 % des Frais Réels
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Honoraires					
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	70 % / 50 %	70 % / 50 %	320 % / 300 %	320 % / 300 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	120 % / 100 %	120 % / 100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	100 % des Frais Réels			
Chambre particulière					
Hospitalisation complète y.c maternité, 120 jours par année civile, avec nuitée	-	55 €	60 €	50 €	70 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	30 €	30 €	30 €	30 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	40 € / jour	45 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
Frais de transport	65 %	35 %	35 %	135 %	185 %

Vos avantages

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution**
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile en cas d'hospitalisation** avec Energie Mutuelle Services



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

RÉGIME GÉNÉRAL⁽⁶⁾

OXYGÈNE⁽⁶⁾

OU

ESSENTIEL⁽⁶⁾

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	60 %	110 %	130 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	60 %	110 %	130 %

Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %

Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %

Auxiliaires médicaux

	60 %	40 %	50 %	150 %	190 %
--	------	------	------	-------	-------

Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	40 %	50 %	150 %	190 %
--	------	------	------	-------	-------

Frais de transport

	65 %	35 %	35 %	135 %	185 %
--	------	------	------	-------	-------

Médicaments

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

Pansements

	60 %	40 %	50 %	40 %	60 %
--	------	------	------	------	------

Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), **sur frais réels limités à 100 €** (12 séances par année civile)

	-	25 % des Frais Réels			
--	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vos avantages

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



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

RÉGIME GÉNÉRAL⁽⁵⁾

OXYGÈNE⁽⁶⁾

OU

ESSENTIEL⁽⁶⁾

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la garantie souscrite (monture et verres) sont différenciés entre adulte (à partir de 16 ans) et enfant (moins de 16 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).

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

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

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

Équipement autre que 100% Santé (Classe B)

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

Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	70 €	70 €	80 €	80 €
Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	80 €	80 €	90 €	155 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	80 €	80 €	90 €	155 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	100€	100 €	100 €	165 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	85 €	85 €	95 €	160 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	120 €	120 €	120 €	170 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	50 €	80 €	80 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	75 €	75 €	90 €	90 €

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 ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	70 €	70 €	80 €	80 €
Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	80 €	80 €	90 €	155 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	80 €	80 €	90 €	155 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	100 €	100 €	100 €	165 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	85 €	85 €	95 €	160 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	120 €	120 €	120€	170 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	50 €	50 €	80 €	80 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	75 €	75 €	90 €	90 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	60 %	60 %	60 %	60 %	60 %



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

RÉGIME GÉNÉRAL⁽⁵⁾

OXYGÈNE⁽⁶⁾

OU

ESSENTIEL⁽⁶⁾

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTIQUE (suite)

Lentilles

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

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait par bénéficiaire et par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	155 €	220 €	285 €	400 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	270 €	375 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait par bénéficiaire et par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	155 €	220 €	285 €	400 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	270 €	375 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	100 €	150 €	180 €	300 €

DENTAIRE

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

Prothèses 100% Santé⁽²⁾ sans reste à charge	70 %	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 %	30 %	50 %	130%	180 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	30 %	50 %	130%	180 %
Radiologie dentaire	70 %	30 %	50 %	130%	180 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	80 %	170 %	300%	400 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	80 %	170 %	300%	400 %
Orthodontie	70%/100 %	110%/80 %	200%/170 %	330%/300 %	430%/400 %
Le cumul des remboursements des prothèses à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà)	-	550 €	700 €	700 €	1 000 €

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile	-	25 % des Frais Réels	30 € des Frais Réels	50 % des Frais Réels	70 % des Frais Réels
Couronne ou stellite provisoire dans la limite de 5 dents par année civile :					
- 1 ou 2 dents	-	1,25 % du PMSS (42,85 €)	1,5 % du PMSS (51,42 €)	1,75 % du PMSS (59,99 €)	2 % du PMSS (68,56 €)
- 3 dents	-	2,5 % du PMSS (85,70 €)	3 % du PMSS (102,84 €)	3,5 % du PMSS (119,98 €)	4 % du PMSS (137,12 €)
- Par dent supplémentaire	-	1 % du PMSS (34,28 €)	1 % du PMSS (34,28 €)	1 % du PMSS (34,28 €)	1 % du PMSS (34,28 €)
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire sur frais réels limités à 100 % du PMSS	-	25 % des Frais Réels	30 % des Frais Réels	35 % des Frais Réels	40 % des Frais Réels
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	460 €	460 €	460 €	460 €



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

RÉGIME GÉNÉRAL⁽⁵⁾

OXYGÈNE⁽⁴⁾

OU

ESSENTIEL⁽⁴⁾

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2



MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE - AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE

* La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par le Régime général et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Paniers de soins sans reste à charge (aides auditives de classe I - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	sans reste à payer*		sans reste à payer*	
Orthopédie, prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) et aides auditives de classe II acceptées par la Sécurité sociale	60 %	40 %	50 %	50 %	60 %
+ Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	155 €	180 €	460 €	620 €
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	60 %	60 €	60 €	60 €	60 €
Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500 € / an	500 € / an	500 € / an	500 € / an

VOS AVANTAGES KALIXIA

- Géolocalisez les professionnels du **réseau Kalixia** depuis votre espace adhérent Energie Mutuelle



AUTRES PRESTATIONS

Cure thermique acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	190 €	190 €	150 €	300 €
Vaccins non remboursés (par vaccin) - Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	40 €	40 €	40 €	40 €
Ostéodensitométrie non remboursable	-	80 €	80 €	80 €	80 €
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)	Sans reste à payer	Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Aide ménagère - Travailleur familial sur prise en charge de l'aide sociale, de la CNAVTS ou de la CAF : participation horaire maximum	-	5 € / h	5 € / h	5 € / h	5 € / h

+ DE SERVICES

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

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMIEG** : 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. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (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.

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

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^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

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

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-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 le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle.

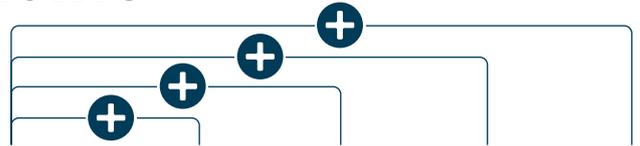
(6) Hors remboursement du Régime Général.

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

Exemples de remboursements



	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement Energie Mutuelle			
			Oxygène 1	Oxygène 2	Essentiel 1	Essentiel 2
SOINS COURANTS						
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 23 €)	30 €	15,1 €	6,9 €	13,8 €	13,9 €	13,9 €
Votre reste à charge**		14,9 €	8 €	1,1 €	1 €	1 €
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	15,1 €	6,9 €	13,8 €	25,3 €	27,6 €
Votre reste à charge**		34,9 €	28 €	21,1 €	9,6 €	7,3 €
Consultation d'Ostéopathe	50 €	0 €	12,5 €	12,5 €	12,5 €	12,5 €
Votre reste à charge		50 €	37,5 €	37,5 €	37,5 €	37,5 €
Acte d'imagerie médicale Non OPTAM (Radiographie de la cheville code CCAM NGQK002 BR* 23,86 €)	45 €	16,7 €	7,16 €	19,09 €	28,3 €	28,3 €
Votre reste à charge		28,3 €	21,14 €	9,21 €	0 €	0 €
OPTIQUE						
Optique adulte Verres simple	220 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	219,91 €	219,91 €	219,91 €	219,91 €
Votre reste à charge		219,91 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Optique adulte Verres complexes	420 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	269,97 €	269,97 €	269,97 €	399,97 €
Votre reste à charge		419,91 €	149,94 €	149,94 €	149,94 €	19,94 €
DENTAIRE						
Prothèse dentaire 100% santé Couronne céramique (BR* 120 €)	400 €	84 €	316 €	316 €	316 €	316 €
Votre reste à charge		316 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Prothèse dentaire tarifs maîtrisés Couronne Céramique-monolithique (BR* 120 €)	500 €	84 €	96 €	204 €	360 €	416 €
Votre reste à charge		416 €	320 €	212 €	56 €	0 €
Prothèse dentaire tarifs libres Couronne Céramo-céramique (BR* 107,5 €)	600 €	75,25 €	86 €	182,75 €	322,5 €	430 €
Votre reste à charge		524,75 €	438,75 €	342 €	202,25 €	94,75 €
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité Sociale	1 500 €	0 €	373 €	450 €	750 €	1 050 €
Votre reste à charge		1 500 €	1 125 €	1 050 €	750 €	450 €
HOSPITALISATION						
Chambre particulière (par nuitée)	90 €	0 €	55 €	60 €	50 €	70 €
Votre reste à charge		90 €	35 €	30 €	40 €	20 €
Opération Chirurgie Non OPTAM (Remplacement de l'articulation coxofémorale Code CCAM NEKA020 BR* 459,8 €)	920 €	459,8 €	137,94 €	137,94 €	459,8 €	459,8 €
Votre reste à charge		460,20 €	322,26 €	322,26 €	0,4 €	0,4 €

* 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...



Aménagement du domicile

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

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.

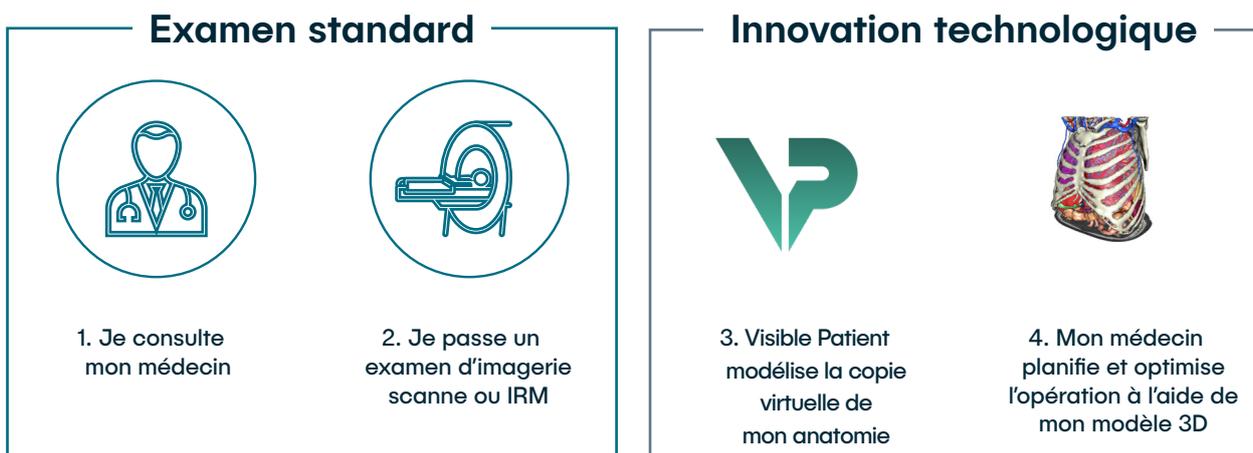
Retrouvez sur notre site internet, **energiemutuelle.fr**,
toutes les informations pratiques et relatives à ces services.



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.

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

visiblepatient.com/patient/

Retrouvez sur notre site internet, **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



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 - CS 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

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

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

Assurance Complémentaire 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 : OXYGÈNE

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 Complémentaire Santé OXYGÈNE est un contrat de complémentaire santé individuel à deux options (option 1 et option 2), souscrit par une personne physique, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et 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 et de salle d'opération, Forfait Patient Urgences, Honoraires et actes des médecins, Forfait journalier hospitalier, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans et ascendant de plus de 70 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Médicaments, Pansements, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézières.
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables, Chirurgie correctrice non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Couronne ou stellite provisoire, Implantologie, Parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage - Aide auditive** : Orthopédie et prothèses médicales, Equipement auditif (y compris accessoires, fournitures et entretien), acceptés par la Sécurité sociale, Forfait Équipement Handicap.
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Aide-ménagère.

LES SERVICES SYSTEMATIQUÉMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUÉMENT 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

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière, hospitalisation complète à 120 jours par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 12 séances par année civile (sur frais réel limité à 100 euros).
- ! **Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Prothèses dentaires, Parodontologie et Implants non remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Couronnes ou stellites provisoires** : 5/an.



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 ne bénéficiant pas du régime général (ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières) ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

Assurance Complémentaire Santé

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

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 : **ESSENTIEL**

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 Complémentaire Santé ESSENTIEL est un contrat de complémentaire santé individuel à deux options (option 1 et option 2), souscrit par une personne physique, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Forfait Patient Urgences, Honoraires et actes des médecins, Forfait journalier hospitalier, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans et ascendant de plus de 70 ans), Frais de transport.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, Frais de transport, Médicaments, Pansements, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, médecins acupuncteurs et kinésithérapeutes méthode Mézières.
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale, Prothèses dentaires, Couronne ou stellite provisoire, Implantologie, Parodontologie non prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Matériel médical - Appareillage - Aide auditive** : Orthopédie et prothèses médicales, Equipement auditif (y compris accessoires, fournitures et entretien), acceptés par la Sécurité sociale, Forfait Equipement Handicap.
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Ostéodensitométrie non remboursée, Aide-ménagère.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière, hospitalisation complète à 120 jours par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 12 séances par année civile (sur frais réel limité à 100 euros).
- ! **Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Prothèses dentaires, Parodontologie et Implants non remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Couronnes ou stellites provisoires** : 5/an.



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 ne bénéficiant pas du régime général (ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières) ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

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

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, 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 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



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 :

