

NOTICE D'INFORMATION

édition 2022

COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE DES SALARIÉ(E)S (HORS STATUTAIRES) DE LA CAISSE CENTRALE D'ACTIVITÉS SOCIALES (CCAS) DES INDUSTRIES ELECTRIQUES ET GAZIÈRES

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





Définitions	3	Cas de maintien à titre obligatoire de votre Couverture Complémentaire Maladie CCAS	12
Préambule	4	○ Maintien de la CCM CCAS à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par la CCAS, votre employeur	12
○ La mise en place de votre Couverture Complémentaire Maladie (CCM) CCAS	4	○ Maintien de la CCM CCAS à titre gratuit pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi pour les ancien(ne)s salarié(e)s ouvrant droit à indemnisation chômage	12
○ Quelles sont les prestations frais de santé assurées par Energie mutuelle ?	4		
○ Votre notice d'information	4		
Votre Couverture Complémentaire Maladie CCAS	5	Cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture Complémentaire Maladie CCAS	13
○ Vos prestations frais de santé Régime Général de Sécurité sociale	5	○ Maintien de la CCM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, votre employeur	13
○ Vos prestations frais de santé Régime Local d'Alsace-Moselle	5	○ Maintien des garanties à titre facultatif pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989	13
○ Exclusions	5	○ Paiement des cotisations	13
○ Précisions du droit aux Prestations	5	○ Conséquences du défaut de paiement des cotisations	13
○ Cas des soins à l'étranger	6	○ Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif	13
○ Modalités de calcul des prestations	6		
○ Dispositions du contrat responsable	6	Dispositions diverses	14
○ 100 % Santé	6	○ Prescription	14
○ Paiement des prestations	8	○ Réclamations et litiges	14
○ Fonds Social dédié	9	○ Subrogation	15
		○ Echange de données informatisées	15
		○ Nullité de la garantie : fausse déclaration intentionnelle	15
		○ Protection des données	15
		○ Bloctel	16
		○ Contrôle	16
		○ Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	16
		○ Tribunaux compétents	16
		○ Services	16
		Annexes	19
		○ Annexe 1 - Tableaux de garanties Régime général	19
		○ Annexe 1 - Tableaux de garanties Régime local	26
		○ Annexe 2 - Justificatifs de paiement requis par acte	34
		Contacts	35
Votre affiliation à la Couverture Complémentaire Maladie CCAS	10		
○ Obligations de la CCAS, votre employeur	10		
○ Dispenses d'adhésion	10		
○ Vos obligations	10		
○ Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit	10		
Au cours de votre affiliation	11		
○ Paiement des cotisations	11		
○ Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit	11		
○ Radiation de votre affiliation	11		
○ Radiation d'un ou de tous vos ayants droit	11		
○ Conséquences de la résiliation du Contrat d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit	11		

Affiliation

L'adhésion est automatique et obligatoire pour les salarié(e)s hors statutaires, dénommés ci-après les salarié(e)s, qui bénéficient en conséquence des prestations frais de santé issues de la Couverture Complémentaire Maladie (CCM) CCAS assurées et gérées par Energie mutuelle. A ce titre, les salarié(e)s doivent confirmer leur affiliation via le site Internet dédié à cet effet et y renseigner leurs éventuels ayants droit tels que définis à la présente notice. A défaut, ils devront remplir un bulletin individuel d'affiliation permettant notamment de couvrir à titre obligatoire leurs éventuels ayants droit.

Entreprise Adhérente

La Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières.

Membres Participants

Les salarié(e)s hors statutaires de la CCAS relevant d'une affiliation à titre obligatoire ou d'un maintien des prestations frais de santé à titre facultatif.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre obligatoire sont :

- Les salarié(e)s, hors statutaires, en activité ;
 - Les salarié(e)s, dont le contrat de travail est suspendu, mais qui ouvrent droit au maintien obligatoire de la CCM CCAS, dès lors que la suspension du contrat de travail fait l'objet :
 - d'un maintien total ou partiel de la rémunération par la CCAS,
 - d'une prestation financée par la CCAS,
 - ou d'un revenu de remplacement versé par la CCAS.
- Ces cas de suspensions sont notamment les suivants :
- Les salarié(e)s en arrêt de travail pour accident, maladie et longue maladie, d'origine professionnelle ou non (sous réserve que l'indemnisation complémentaire soit financée par la CCAS) ;
 - Les salarié(e)s en congé épargne-temps ;
 - Les salarié(e)s placé(e)s en activité partielle ;
 - Les salarié(e)s en invalidité de catégories 2 et 3 ;
 - Les salarié(e)s en projet de transition professionnelle et faisant l'objet d'une prise en charge par UNIFORMATION.
 - Les anciens salarié(e)s, dont le contrat de travail est rompu, mais qui ouvrent droit au maintien de la Couverture Complémentaire Maladie CCAS pendant une durée maximale de 12 mois conformément à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, s'ils bénéficient des allocations chômage du Pôle Emploi et à condition de ne pas avoir liquidé leur pension de retraite.

Les Membres Participants bénéficiaires des prestations frais de santé à titre facultatif sont :

- Les salarié(e)s dont le contrat de travail est suspendu, dès lors que la suspension ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de la rémunération, ni à un revenu de remplacement versé par la CCAS ni à une prestation de prévoyance complémentaire financée par la CCAS.
- Les anciens salarié(e)s se trouvant dans les cas prévus à l'article 4 de la loi « Evin » du 31 décembre 1989.

Les Membres Participants ouvrent le droit au bénéfice des remboursements de la CCM CCAS à leurs éventuels ayants droit couverts à titre obligatoire.

Ayants droit couverts à titre obligatoire

Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes désignées par le Membre Participant via le site Internet dédié à cet effet ou à défaut sur son bulletin individuel d'affiliation, à savoir **les personnes mineures et les personnes majeures ouvrants droit** telles que définies à l'article L.160-2 du Code de la Sécurité sociale modifié par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 introduisant le dispositif de Protection Universelle Maladie :

- Le conjoint ou concubin, ou personne ayant conclu un PACS, du Membre Participant à charge ou non au sens du Régime Général de l'Assurance Maladie ;
- Les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie ;
- Les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS, âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études ;
- Les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur numéro de Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- Les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80%. Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007.

Bénéficiaire

Toute personne qui bénéficie des prestations frais de santé définies dans la présente notice, à savoir le Membre Participant et ses ayants droit couverts à titre obligatoire.

Période de garantie

La période de garantie est comprise entre la date d'effet de l'affiliation du salarié et la date d'effet de sa radiation.



La mise en place de votre Couverture Complémentaire Maladie (CCM) CCAS

La CCAS a souhaité mettre en place, conformément à la législation, une garantie complémentaire santé pour ses salarié(e)s (hors statutaires). Elle a désigné Energie mutuelle en tant qu'organisme assureur et gestionnaire de ladite Couverture.

La CCM CCAS a pour objet, en cas de maladie, d'accident, d'origine professionnelle ou non, ou de maternité, de vous assurer en votre qualité de Membre Participant et vos éventuels ayants droit (tels que définis ci-avant dans la présente notice), le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite de la dépense effective, pendant la période de garantie.

La CCM CCAS est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2015. Elle a été modifiée par des avenants n°1 et n°2 (date d'effet au 1^{er} janvier 2017), par un avenant n°3 (date d'effet au 1^{er} septembre 2017), par un avenant n°4 (date d'effet au 1^{er} janvier 2018), par un avenant n°5 (date d'effet 1^{er} janvier 2019), par une lettre-avenant n°6 (date d'effet 25 mai 2018), par un avenant n°7 (date d'effet rétroactive au 1^{er} janvier 2020), afin de mettre en conformité la couverture avec les modifications réglementaires sur la protection des données et à la nouvelle réglementation du 100 % santé, une lettre-avenant n°8 pour fixer les garanties au 1^{er} janvier 2021 et un avenant n°9 pour fixer les garanties applicables au 1^{er} janvier 2022.

En raison de l'adhésion de la CCAS au Contrat d'assurance collective d'Energie mutuelle, vous êtes affilié à celle-ci et acquérez la qualité de Membre Participant.

Votre notice d'information

La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les conditions et modalités de mise en œuvre des prestations frais de santé de votre CCM CCAS.

Les modifications du Contrat d'assurance collective pourront donner lieu, le cas échéant, à la remise d'une nouvelle notice d'information établie par Energie mutuelle.

Quelles sont les prestations frais de santé assurées par Energie mutuelle ?

Au titre du Contrat d'assurance collective n°201501, la mutuelle Energie mutuelle est assureur et gestionnaire des prestations :

- Hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)
- Soins Courants
- Optique
- Dentaire
- Matériel Médical – Appareillage
- Aide auditive remboursable par la Sécurité sociale
- Autres Prestations
- + de Services



Vos prestations frais de santé

Les remboursements de frais de santé effectués au titre de votre CCM CCAS s'ajoutent à ceux prévus par le Régime Général de Sécurité sociale ou, pour ses bénéficiaires, du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

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

La CCM CCAS prévoit les prestations figurant dans les tableaux de garanties mentionnés à [l'annexe 1 de la présente notice](#).

Exclusions

Afin que les prestations susmentionnées conservent leur caractère « responsable », Energie mutuelle attire votre attention sur les exclusions qui doivent s'appliquer à vos remboursements CCM CCAS à la date de signature du contrat :

- La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- La majoration de la participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'Assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus) ;
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;
- La prise en charge des actes et prestations pour lesquels les bénéficiaires n'ont pas accordé l'autorisation aux professionnels de santé d'accéder à leur dossier médical personnel et à le compléter ;
- Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie ;
- Toute autre mesure induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics.

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Précisions du droit aux prestations

- En dentaire, le devis fourni par le membre participant peut être examiné par le chirurgien-dentiste de la mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge du membre participant.
- Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.
- Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés, pour le remboursement, à la chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale.
- Les prestations spécifiques pour personnes en situation de handicap sont versées après communication à la mutuelle d'une copie de la carte d'invalidité faisant apparaître un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % déterminé par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou de la Carte Mobilité Inclusion mention « Invalidité ». Elles sont étendues aux bénéficiaires pour lesquels le Bureau a donné son accord après proposition de la Commission d'Entraide Santé. Tout justificatif complémentaire pourra être demandé par la mutuelle afin qu'elle puisse étudier la demande de remboursement.
- Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans est effectué dans les conditions suivantes :
 - Un seul accompagnant, quel que soit le lien de parenté ;
 - Dans le cas où l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé, pour le lit et les repas ;
 - Dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison d'accueil hospitalière, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.
- Dans le cas de remboursements dont le montant est calculé sur la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale), et en l'absence de parution du décret notifiant ce montant au moment de l'impression des plaquettes descriptives des garanties, le montant indiqué par la mutuelle sera celui de l'année N-1.
- Dès que le montant et la date d'application du PMSS seront connus pour l'année civile concernée, les remboursements seront effectués sur la base de ce nouveau plafond sans que le montant indiqué sur les plaquettes de la mutuelle puisse être opposé à la mutuelle.
- La simulation du remboursement des actes médicaux ou dépassements d'honoraires, en ville, soins externes ou lors d'une hospitalisation, est subordonnée à la réception d'un devis établi par le praticien. Toutes ces données sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la mutuelle. Ce devis doit mentionner expressément la codification des actes, leur nature, les bases de remboursement associées et les taux appliqués par le régime d'Assurance Maladie
- Le remboursement des actes d'ostéopathie, de diététicien(nes) et de chiropractie est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DES Listes) ou du numéro de diplôme sur la note d'honoraires. Les actes d'acupuncture et de nutrition doivent être effectués par un médecin.
- Quant aux étioopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes.
- Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.



Cas des soins à l'étranger

Le remboursement des soins à l'étranger est effectué exclusivement selon les modalités suivantes et sous réserve d'un remboursement préalable de l'Assurance Maladie Obligatoire française :

- Sur présentation de l'original ou de la copie :
 - Des factures acquittées ;
 - Des prescriptions médicales ;
 - De la déclaration de soins reçus à l'étranger (formulaire Cerfa n° 12267-04-n° S3125c).
- Sur présentation de l'original :
 - Du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sans lequel aucune prestation d'Energie mutuelle n'est possible ;
 - Ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

La Mutuelle rembourse sur la base des taux et de la base des remboursements appliqués en France dans la limite des frais engagés.

Le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

La simulation de remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la réception de l'accord préalable du régime d'Assurance Maladie et du devis du praticien. Energie mutuelle se réserve le droit de demander la traduction en français des documents présentés.

Modalités de calcul des prestations

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime de Sécurité sociale ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

Selon le poste de soins, Energie mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Obligatoire, soit au tarif de convention, soit au tarif d'autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

En cas d'exonération du ticket modérateur pour un bénéficiaire, les montants de remboursements assurés par Energie mutuelle sont diminués à due proportion.

Les prestations optiques sont calculées en respectant les obligations issues du décret du 18 novembre 2014, tant en ce qui concerne la périodicité que les planchers et plafonds, selon la correction de l'équipement.

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

1. Les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
2. Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, l'ostéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
3. Les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales et en cas d'hospitalisation ;
4. Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Les remboursements, découlant des prestations frais de santé, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit. Les garanties de même nature contractées auprès de

plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En cas de modification des actes figurant à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire, les montants de remboursements assurés par Energie mutuelle demeurent au niveau atteint avant la modification, à défaut de révision du Contrat d'assurance collective.

Dispositions du contrat responsable

Les termes du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) sont appliqués ainsi que ceux du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 notamment en ce qui concerne :

- Le ticket modérateur, les garanties comprennent bien la prise en charge totale ou partielle de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance Maladie prévue au I de l'article L.160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.
- Le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale pour les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement et sans limitation de durée ;
- Les prestations liées à la prévention telles qu'exigées par le contrat responsable ;

Le respect du plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des actes de médecins selon les modalités suivantes : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) respecte les limites prévues au paragraphe 2° de l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, à savoir :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- de plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge ;
- ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) n'adhérant pas au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) ;
- en revanche, les honoraires des médecins ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) ne font pas l'objet d'un plafonnement.

Le respect de la périodicité, des planchers et des plafonds des équipements (monture et verres) optique : le remboursement est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement sauf pour les mineurs âgés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables. »

Votre couverture complémentaire maladie CCAS



100 % Santé

Afin d'être qualifié de solidaire et responsable, le contrat souscrit par la CCAS doit intégrer les dispositions relatives à la réforme dite « 100% santé » en optique, dentaire et pour les aides auditives dans le respect du calendrier prévu par les textes.

Optique

Généralités du Régime de Sécurité sociale

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2020 : L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- L'équipement optique de « **classe A** » est **sans reste à charge pour l'assuré** : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100% santé.
- L'équipement optique de « **classe B** » : cet équipement, est **remboursé dans le respect des planchers et plafonds** prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- Soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B » ;
- Soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge **se fera dans la limite du plafond de classe B** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et +	Bénéficiaires de - de 16 ans*
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	• 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres.
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	• Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin • Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	• Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

* pour les moins de 16 ans, « aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale »



Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières	
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 13/12/2018
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garanties et complétée par la grille Optique des verres mentionnée à l'annexe 1 et complétée par la grille Optique des verres.

Dentaire

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur en deux temps : dès le **1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100% santé » puis au **1^{er} janvier 2021** pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- **Un panier « 100% santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- **Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- **Un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

Aide Auditive

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur le **1^{er} janvier 2021**.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- **L'équipement auditif de « classe I »** sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100% santé.
- **L'équipement auditif de « classe II »** : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros par aide auditive prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans, suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017.

Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Paiement des prestations

Les prestations vous sont versées directement, ou à la personne que vous avez désignée, par virement sur un compte bancaire.

Energie mutuelle met à votre disposition, ou à la personne que vous avez désignée, un relevé des remboursements.

Sous réserve des garanties souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées en **Annexe 2 de la présente notice**.

Par ailleurs, Energie mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'elle jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Ces pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

1. Pour la liquidation de certains actes complexes : Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, Energie mutuelle appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, Energie mutuelle procédera à la régularisation à hauteur des garanties.
2. Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude : Si l'assuré ne transmet pas les pièces justificatives demandées par Energie mutuelle avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. L'assuré devra restituer le montant des prestations indument versées.

1 _ En cas de télétransmission :

Vous et vos ayants droit êtes dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime de Sécurité sociale, lorsque ledit Régime les transmet à Energie mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique.

Dans ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par Energie mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque vous et vos ayants droit avez bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime de Sécurité sociale, vous devez, pour obtenir leur remboursement, envoyer à Energie mutuelle les décomptes de prestations émis par le Régime de Sécurité sociale et les factures détaillées et acquittées.

2 _ A défaut de télétransmission :

À défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime de Sécurité sociale à Energie mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime de Sécurité sociale ou téléchargés sur le site Internet de l'Assurance Maladie ;
- Des documents nécessaires pour avoir connaissance des dépenses engagées (notes d'honoraires, factures détaillées acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme assureur d'un régime frais de santé complémentaire de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit dans le respect notamment des contraintes liées au caractère responsable du contrat ;

À défaut d'information sur les décomptes du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou le cas échéant d'un organisme complémentaire, vous appartiendra de fournir à la mutuelle la justification de l'adhésion du médecin à l'option pratique tarifaire



maîtrisée. En l'absence d'information, les prestations seront versées sur la base de celles prévues pour les médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Tout justificatif sera demandé notamment dans le domaine de l'optique et des actes pratiqués par des médecins afin que les prestations versées au titre des garanties à caractère responsable respectent les termes du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. La liste des justificatifs pouvant être demandés figurent en **annexe 2**.

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour vous éviter de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement aux professionnels de santé pour le montant que vous et vos ayants droit n'avez pas eu à régler.

Certains accords avec les professionnels de santé et/ou établissements hospitaliers peuvent nécessiter l'émission d'une prise en charge via le portail Viamedis.

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, aux bénéficiaires de l'Assurance Maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie obligatoire dans le cas des frais relatifs à l'interruption volontaire de grossesse ;
- aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie obligatoire pour les frais liés aux examens de prévention sanitaire et sociale pour les enfants âgés de moins de 18 ans prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code.

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.

La mise en œuvre du tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour que le tiers payant s'applique il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant d'Energie mutuelle et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par Energie mutuelle soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au 100% santé, la situation suivante ne permet pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le défaut de consentement écrit de l'assuré à la transmission de données détaillées de la nomenclature de la Sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

Dans le cas où le tiers payant ne peut pas être réalisé, le bénéficiaire devra avancer une partie des frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives mentionnées au contrat à Energie mutuelle afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Spécificité du tiers payant pour le « 100% Santé »

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

La carte de tiers payant et sa version dématérialisée

Energie mutuelle adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant de l'assuré lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées d'Energie mutuelle.

À compter du jour où les garanties cessent, l'assuré et ses éventuels ayants-droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée (exemple : pharmacien).

Si des versements sont effectués à tort par Energie mutuelle auprès des professionnels de santé, l'assuré devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par l'assuré sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur PC, tablette, smartphone ou sur son application mobile).

Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits de l'assuré et de ses bénéficiaires au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

Fonds Social dédié

Des aides exceptionnelles et ponctuelles dans le cadre de secours et de situations particulièrement dignes d'intérêt en lien avec le risque maladie pourront être attribuées par le Fonds Social dédié en supplément des remboursements au titre des prestations de la présente notice.

Ces demandes d'intervention sont examinées par Energie mutuelle qui assure en outre la gestion administrative et financière du fonds.

Les demandes d'intervention doivent ainsi être adressées à :

Energie mutuelle – Service Solidarité et Prévention – 4 rue Fulton – 49000 ANGERS



Obligations de la CCAS, votre employeur

La CCAS doit affilier la totalité de ses salarié(e)s définis à la présente notice, pour l'ensemble des prestations frais de santé :

- Tant au moment de la mise en place au 1^{er} octobre 2015 de la CCM CCAS ;
- Que lors de toute nouvelle embauche postérieure.

La CCAS doit vous fournir, en tant que nouveau Membre Participant bénéficiaire des prestations frais de santé, la présente **notice d'information**, rédigée par Energie mutuelle, résumant vos droits et obligations, et transmettre à Energie mutuelle les informations permettant votre affiliation initiale (Nom, Prénom, Numéro de Sécurité sociale, date de naissance, adresse postale, etc.).

Il vous appartient de compléter sur le site <https://adh.energiemutuelle.fr> cette affiliation initiale pour que les prestations puissent vous être versées (munissez-vous d'un RIB du compte qui recevra les prestations et de l'attestation papier jointe à votre carte Vitale et à celles de vos ayants droit que vous voulez inscrire) ou à défaut remplir le bulletin individuel d'affiliation.

Les Statuts d'Energie mutuelle sont consultables et téléchargeables sur son site energiemutuelle.fr.

En cas de modification des prestations frais de santé et de leurs modalités de mise en œuvre et de couverture, la CCAS vous remet une nouvelle notice d'information établie par Energie mutuelle.

Dispenses d'adhésion

Conformément à la réglementation, peuvent être dispensés d'adhérer à leur initiative sous réserve d'en faire la demande écrite :

1. Les salarié(e)s en contrat à durée déterminée, dont la durée est inférieure ou égale à 3 mois, sous réserve de justifier du bénéfice d'une complémentaire santé individuelle respectant les dispositions des contrats responsables ;
2. Les salarié(e)s en contrat à durée déterminée, dont la durée est strictement inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
3. Les salarié(e)s à temps partiel dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. Pour l'appréciation de ce seuil, il convient de prendre en considération l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire ;
4. Les salarié(e)s bénéficiaires de Complémentaire Santé Solidaire (CSS) La dispense est valable jusqu'à la date où le salarié bénéficie de cette couverture ;
5. Les salarié(e)s déjà couvert(e)s par une complémentaire santé individuelle au 1^{er} octobre 2015 ou lors de leur embauche (si celle-ci intervient après le 1^{er} octobre 2015) jusqu'à la date d'échéance ou la date de tacite reconduction de leur contrat d'assurance individuel ;

6. Les salarié(e)s qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, des prestations servies :

- Par le régime complémentaire d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (Camieg) ;
- Par les mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n°2007-1373 du 19 septembre 2007 et n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Dans le cadre d'un contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » ;
- Par le régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- Par la Caisse de Prévoyance et de Retraite des Personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
- Par un régime collectif et obligatoire au titre d'une activité salariée exercée auprès d'un employeur autre que la CCAS

7. Bénéficient également d'une dispense d'adhésion, les salarié(e)s de la CCAS qui sont couvert(e)s en tant qu'ayant droit par le régime de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire de leur conjoint ou leur partenaire lié(e) par un Pacs ou par leur concubin vivant sous le même toit. Pour bénéficier de ce cas de dispense, ce régime de prévoyance complémentaire collectif doit être obligatoire pour les ayants droit.

Les facultés de dispense mentionnées aux points 4, 5, 6 et 7 doivent être justifiées chaque année par tout document utile par le salarié auprès de son employeur.

Le salarié affilié au régime de prévoyance de son entreprise qui se trouve couvert ultérieurement par le régime de son conjoint peut faire valoir sa dispense d'adhésion à tout moment, indépendamment de la date à laquelle sa situation vient à le faire bénéficier d'une autre couverture que celle de son entreprise. Tout document justificatif devra être fourni à l'employeur.

Vos obligations d'adhésion

Vous devez compléter, dans les plus brefs délais suivant votre date d'embauche, votre adhésion initialisée sur le site Energie mutuelle (ou à défaut remplir le bulletin individuel d'affiliation) ou transmettre dans les 3 jours la dispense d'affiliation à votre employeur.

Date d'ouverture des droits à remboursement pour vous-même et vos ayants droit

Si vous êtes salarié au 1^{er} octobre 2015, la date d'ouverture de vos droits à remboursement, est le 1^{er} octobre 2015 (date d'entrée en vigueur de la CCM CCAS).

En cas d'embauche postérieure au 1^{er} octobre 2015, la date d'ouverture de vos droits à remboursement prend effet à la date de votre embauche en tant que salarié.

Pour vos ayants droit, la date d'effet du droit à remboursement est la date à laquelle ils acquièrent la qualité d'ayants droit couverts à titre obligatoire au sens de la présente notice.



Paiement des cotisations

La cotisation afférente à votre affiliation et au bénéfice de la CCM CCAS est payée à Energie mutuelle par la CCAS, votre employeur. Votre participation à cette cotisation fait l'objet d'un précompte salarial sur votre bulletin de paie.

Pour les couples salariés de la CCAS, le Membre Participant inscrit sur son dossier le conjoint, concubin ou partenaire de PACS, en qualité d'ayant droit.

La cotisation mensuelle forfaitaire est due pour tout mois durant lequel vous êtes adhérent. Lors d'une entrée ou sortie en cours de mois, y compris si ces deux événements se réalisent au cours d'un même mois, la cotisation est proratisée et calculée sur la base de la cotisation mensuelle multipliée par le nombre de jours de présence et divisée par 30.

Modification de votre situation ou de celle de vos ayants droit

Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à Energie mutuelle dans les plus brefs délais à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires, ou de situation au regard du Régime d'Assurance Maladie.

Vous devez pour cela, adresser à Energie mutuelle, un formulaire de modification de situation correspondant, que vous pouvez demander à Energie mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet.

Un justificatif peut être exigé par Energie mutuelle pour la prise en compte de ces changements.

Radiation de votre affiliation

Votre affiliation prend fin le jour :

- En cas de changement de situation professionnelle ou de rupture de votre contrat de travail (hormis le cas visé ci-après, de maintien temporaire de la CCM CCAS pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi si vous bénéficiez des allocations chômage du Pôle Emploi et à condition de ne pas avoir liquidé votre pension de retraite) ou lors du passage dans une catégorie de personnel non visée parmi les bénéficiaires de la CCM CCAS ;
- En cas de décès ;
- De la résiliation du Contrat d'assurance collective d'Energie mutuelle auquel a adhéré la CCAS, votre employeur.

Radiation d'un ou de tous vos ayants droit

La radiation d'un ayant droit est effectuée en cours d'année :

- Au jour de la perte de la qualité d'ayant droit au sens de la présente notice ;
- Au jour du décès de l'ayant droit ;
- Au jour de votre radiation en tant que Membre Participant (hormis le cas de maintien prévu à l'article 4 de la loi Evin en cas de décès du Membre Participant, prévu au paragraphe concernant les « cas de maintien à titre facultatif de votre Couverture »).

Conséquences de la résiliation du Contrat d'assurance collective ou de votre radiation ou de la radiation d'un de vos ayants droit

La résiliation du Contrat d'assurance collective entraîne la cessation des garanties. Il en va de même en cas de radiation de votre affiliation ou d'un de vos ayants droit.

Le cas échéant, Energie mutuelle rembourse à la CCAS, votre employeur, ou à vous-même la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle la CCM CCAS n'a pas couru.

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation ne pourront donner lieu à aucun remboursement. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (tels que les médicaments, les prothèses, l'optique, l'appareillage) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, vous vous engagez pour vous-même et le cas échéant pour vos ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé, à retourner à Energie mutuelle la ou les cartes de tiers payant qui vous ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services d'Energie mutuelle dont vous bénéficiez de par votre affiliation. En cas de non-respect de cet engagement, les sommes versées après la date de radiation vous seront réclamées ou à vos ayants droit, majorées des frais éventuellement supportés par Energie mutuelle.



Maintien de la CCM CCAS à titre obligatoire en cas de suspension de votre contrat de travail rémunérée ou indemnisée par la CCAS, votre employeur

En cas de suspension de votre contrat de travail donnant lieu à :

- un maintien total ou partiel de la rémunération par la CCAS, votre employeur,
- une prestation de prévoyance complémentaire financée par la CCAS,
- un revenu de remplacement (cas de l'activité partielle) versé par la CCAS, votre employeur.

Vous bénéficiez obligatoirement du maintien des prestations pendant la durée de la CCM CCAS selon les mêmes conditions, modalités et taux de cotisation que lorsque vous étiez en activité.

Maintien de la CCM CCAS à titre gratuit pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi pour les ancien(ne)s salarié(e)s ouvrant droit à indemnisation chômage

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation chômage et en l'absence de liquidation de votre pension de retraite, vous bénéficiez obligatoirement du maintien des prestations pour une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi à compter de la rupture de votre contrat de travail.

Si votre contrat de travail est de moins d'un an et que vous bénéficiez des allocations chômage du Pôle Emploi, la durée du maintien est égale à la durée de votre contrat de travail arrondie au nombre de mois supérieur. Dans tous les cas, quelle que soit la durée de votre contrat de travail, vous devez justifier auprès d'Energie mutuelle de votre inscription et droits à indemnisation par Pôle Emploi, pour l'ouverture des droits à la portabilité. Pour bénéficier du maintien de vos droits à la portabilité, vous devez justifier du versement des allocations chômage pendant toute la durée de la portabilité. Dans tous les cas, vous devez informer Energie mutuelle de l'éventuelle reprise d'un emploi salarié pendant cette période dite de portabilité.



Maintien de la CCM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, votre employeur

En cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu à maintien de rémunération par la CCAS, votre employeur, ou versement d'une indemnité de prévoyance financée par celui-ci, ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur, vous avez la possibilité de demander, à titre facultatif, le maintien de vos prestations frais de santé et celles de vos ayants droit éventuels.

Vous devez adresser à Energie mutuelle le formulaire prévu à cet effet que vous pouvez obtenir auprès d'Energie mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié, dès lors que la CCAS, votre employeur, aura communiqué votre nouvelle situation à Energie mutuelle.

Maintien des garanties à titre facultatif pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite Loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi Evin, n°89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de rupture de votre contrat de travail et du bénéfice d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou en cas de perte d'emploi, du bénéfice d'un revenu de remplacement, vous pouvez bénéficier d'un maintien des garanties, sans condition de durée, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail.

Si vous ouvrez droit à indemnisation chômage après la rupture de votre contrat de travail et bénéficiez donc du maintien des prestations frais de santé pendant une durée maximale de 12 mois conformément à la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, vous pouvez faire votre demande de maintien dans les six mois qui suivent la date d'expiration de cette période.

Les ayants droit garantis du chef d'un Membre Participant qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès du Membre Participant, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à Energie mutuelle dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

Les conditions et modalités de financement du maintien des prestations frais de santé pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 font l'objet d'une notice d'information spécifique que vous pouvez demander à Energie mutuelle.

Pour tous ces cas, vous devez adresser à Energie mutuelle un bulletin d'adhésion Loi Evin que vous pouvez obtenir auprès d'Energie mutuelle, télécharger ou compléter directement sur son site Internet dédié dès lors que la CCAS, votre employeur, aura communiqué votre nouvelle situation à Energie mutuelle.

Paiement des cotisations

En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :

Pour les cas de maintien de la CCM CCAS à titre facultatif en cas de suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée par la CCAS, votre employeur, ou ne bénéficiant pas d'un revenu de remplacement (cas de l'activité partielle), **vous êtes responsable du paiement de la totalité de la cotisation correspondant à votre adhésion facultative. Aucune participation n'est en effet due par**

la CCAS, votre employeur, en cas de maintien facultatif des prestations.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel (à votre choix) d'avance sur un compte bancaire.

En cas de de maintien de garanties à titre facultatif au titre de Loi Evin :

Pour les cas de maintien des garanties à titre facultatif pour les bénéficiaires de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, vous êtes seul responsable de la totalité du paiement de la cotisation.

Conséquences du défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement de votre part d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, les prestations sont suspendues à compter du 30^e jour après l'envoi par Energie mutuelle d'une mise en demeure de payer. Faute de régularisation dans les 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, vous êtes radié du bénéfice de la Couverture Complémentaire Maladie CCAS. La radiation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations correspondant aux cotisations versées antérieurement. Toutefois, à compter de votre radiation, vous et vos éventuels ayants droit ne bénéficiez plus d'aucune prestation.

Résiliation de votre maintien des garanties à titre facultatif

Résiliation annuelle

Chaque année, vous pouvez mettre fin, à effet du 31 décembre, à ce maintien des prestations à titre facultatif par l'envoi d'une lettre recommandée à Energie mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année civile pour un effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Résiliation Infra-annuelle

Conformément à la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et au décret n°2020-1438 du 24 novembre 2020, vous pouvez, à compter de la première souscription au maintien de garanties facultative à la Couverture Complémentaire Maladie CCAS, à la suite de l'expiration d'un délai d'un an (12 mois), mettre fin à votre adhésion, infra annuellement, sans frais ni pénalités.

Il vous appartient d'adresser une notification par lettre ou tout autre support durable, notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr ou par déclaration faite au siège social : Energie mutuelle, 66 avenue du Maine, 75014 Paris.

La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification. Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues, vous n'êtes redevable que de la partie de cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

La Mutuelle est tenue de vous rembourser le solde dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes qui vous sont dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux legal

Terme de votre suspension de votre contrat de travail

Au terme de la suspension de votre contrat de travail, et lorsque vous réintégrez la CCAS, la résiliation est automatique et vous êtes à nouveau couvert à titre obligatoire par la CCM CCAS.

Prescription

Toute action dérivant de l'application du présent Règlement est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai pour des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où Energie mutuelle a connu ou aurait dû connaître les faits ayant entraîné l'indu.

Toutefois, ces délais ne courent en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte du Membre Participant sur le risque couru, que du jour où Energie mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, les délais ne courent que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, c'est-à-dire :

- soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive,
- soit d'un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. La prescription biennale peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le Bénéficiaire ou l'ayant droit à Energie mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité.

Prestations

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte du Régime de Sécurité sociale obligatoire ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

Cotisations

Toute action relative au versement des cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations.

Indus

Dans le cadre des dispositions légales, les sommes versées à tort par Energie mutuelle peuvent être récupérées auprès de la personne qui les a perçues. Le Membre Participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception du courrier de régularisation envoyé par Energie mutuelle.

Ces sommes indues peuvent être remboursées par la personne qui les a reçues, directement par chèque à Energie mutuelle.

Ces sommes indues peuvent aussi être compensées avec des prestations à verser ultérieurement par Energie mutuelle au bénéficiaire qui a reçu le paiement indu. Le débiteur de plusieurs dettes (Bénéficiaire des prestations) peut indiquer, lorsqu'il paie, celle qu'il entend acquitter.

En l'absence de règlement de l'indu ou d'indication par le débiteur, Energie mutuelle se réserve le droit de compenser sur les dettes que le débiteur avait le plus d'intérêt d'acquitter. A égalité d'intérêt, la compensation se fera sur la plus ancienne dette, ou proportionnellement.

En cas de non-remboursement des sommes versées à tort, Energie mutuelle pourra engager toute procédure judiciaire.

Réclamations et litiges

Pour toute insatisfaction, mécontentement, vous pouvez vous adresser, à votre interlocuteur habituel afin d'obtenir une réponse.

- Par internet, dans le formulaire « **Nous contacter** », accessible

sur l'espace adhérent.

Sélectionnez la rubrique « Etape 1 : Vous souhaitez exprimer un mécontentement, une insatisfaction ? » puis le sujet concerné, par exemple « Prestations ».

- Ou par téléphone au 09 69 32 37 37, du lundi au vendredi de 9h à 17h.
- Ou par courrier à : **Energie mutuelle – Service Relation Adhérents – 66 avenue du Maine (Tour Héron) – 75014 PARIS**

Si la réponse reçue ne vous satisfait pas ou en cas de litige, vous pouvez alors saisir le service Réclamation :

En cas de désaccord, de réclamation avec la réponse apportée ou litige, le membre participant a la faculté de s'adresser :

- Par internet dans le formulaire « **Nous contacter** », accessible sur l'espace adhérent.
- Ou par courrier à : **Energie mutuelle – Service Réclamation Membres Participants CCM CCAS – 4 rue Fulton – 49000 ANGERS**
- Ou par email à l'adresse suivante : reclamation@energiemutuelle.com

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

Les chargés de réclamation de la mutuelle accuseront nominativement réception de la demande dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception au service Réclamation, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai.

Si toutefois, après l'intervention du service Réclamation, le désaccord persiste, après épuisement de toutes les voies de recours internes (réalisation de la première et de la deuxième étape) le membre participant ou son ayant droit a la faculté de faire appel au Médiateur de la Consommation de la Mutualité française désigné par le Conseil d'Administration de la mutuelle en conformité avec l'article 73 des Statuts de la mutuelle.

Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur de la Consommation de la FNMF dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française – FNMF – 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS Cedex 15

En renseignant le formulaire sur le site ci-dessous :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Le Médiateur, personnalité extérieure à Energie mutuelle, propose une solution en toute indépendance.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

Un litige ne peut pas être examiné par le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française lorsque :

- Le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur ou égal à 30 €) ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal ;
- Le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la mutuelle ;

- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

Le recours au Médiateur de la Consommation suspend la prescription en application de l'article 2238 du Code Civil.

Subrogation

Energie mutuelle est subrogée de plein droit à vous ou à votre ayant droit victime d'un accident, dans vos droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par Energie mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. En cas d'accident causé par un tiers, vous devez impérativement signaler l'accident à la mutuelle afin qu'elle puisse exercer son droit de recours contre tiers.

Échange de données informatisées

Référencés dans les fichiers du Régime de Sécurité sociale dont vous relevez, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre Energie mutuelle et votre Caisse dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes.

Vous avez la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre Energie mutuelle et le Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en exprimant votre refus au moyen d'une simple lettre adressée à Energie mutuelle ou par l'intermédiaire du site d'affiliation. Energie mutuelle s'engage à communiquer au Régime Obligatoire de Sécurité sociale cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Nullité de la garantie

Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant et à ses ayants droit est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle. La Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Protection des données

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'adhérent reconnaît avoir été informé par la mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Energie mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou par courrier :

Energie mutuelle, Correspondant Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton – 49000 Angers.

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent peuvent être collectées et traitées au titre de :

- La souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'autres organismes du groupe Energie mutuelle auquel la mutuelle appartient ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'adhérent pour la gestion le cas échéant, de ses risques d'assurance complémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- La gestion des avis de l'adhérent sur les produits, services ou contenus proposés par la mutuelle ou ses partenaires ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- La proposition à l'adhérent de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire le reste à charge ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Energie mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'adhérent pour d'autres finalités que celles précitées. L'adhérent reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'adhérent, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement. Il en est de même lorsque les informations sont renseignées par l'adhérent par l'intermédiaire de son espace numérique personnel.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités de la mutuelle dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-



traitants, les délégataires de gestion, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et les partenaires. La mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'adhérent ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'adhérent sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données. Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'adhérent varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance.

En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de la mutuelle et des prescriptions légales applicables.

La mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'adhérent et (2) à notifier à la CNIL et informer l'adhérent en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD. Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'adhérent dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'adhérent dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou par courrier : **Energie mutuelle, Correspondant Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton – 49000 Angers.**

L'adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.**

Blotcel

Le Membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la mutuelle est informé, en application de l'article L 223-1 du Code de la consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : BLOCTEL.

Contrôle

ACPR

L'autorité chargée du contrôle d'Energie mutuelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9.

Contrôle de la mutuelle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle ou de demander des justificatifs complémentaires à tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et notamment les dispositions issues du Code monétaire et financier, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses Membres participants.

Elle est ainsi fondée, à demander aux Membres participants, la justification de leur identité et certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Tribunaux compétents

En cas de litige avec la mutuelle, sont exclusivement compétents les tribunaux civils (en fonction de l'importance du litige, soit le juge de proximité, soit le tribunal d'instance, soit le tribunal de grande instance).

Services

Assistance – Energie mutuelle Services

- Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la mutuelle ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'Assistance Santé à Domicile.
- Cette garantie est souscrite par la mutuelle auprès d'AUXIA Assistance.

Cette prestation d'assistance propose aux adhérents une aide à domicile en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat.

- L'assistance n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention des services d'urgence. Elle intervient à la suite d'appels émanant des bénéficiaires. Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par le bénéficiaire ou ses proches par téléphone en indiquant :
 - Le numéro de la convention d'assistance concernée fourni en Annexe,
 - L'identité de l'assuré (nom, prénom, date de naissance),

- L'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).

Les prestations sont les suivantes :

- **Assistance au quotidien en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs.** Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, venue d'un proche au chevet, garde ou transport d'ascendants dépendants, transfert et garde d'animaux domestiques familiers (chiens et chats uniquement), aide-ménagère.
- **Assistance Immobilisation imprévue au domicile de plus de 2 jours d'un enfant.** Garde au domicile, et venue d'un proche au chevet, un soutien scolaire à domicile.
- **Assistance en cas de décès de l'assuré.** Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants de l'assuré décédé, venue d'un proche au chevet, garde ou transport d'ascendants dépendants, transfert et garde d'animaux domestiques familiers (chiens et chats uniquement), aide-ménagère.
- **Garanties complémentaires** (service téléphonique d'informations sur la santé, informations sociales et administratives, recherche d'un médecin ou d'intervenant(e)s médicaux, recherche et envoi d'une infirmière/infirmier, livraison de médicaments, transports en ambulance.)

Pour plus de renseignement, vous pouvez contacter Energie mutuelle :



Energie mutuelle Téléconsultation Médicale

- **Objet et cadre juridique de la téléconsultation**

La garantie Téléconsultation est mise en œuvre par Bien Etre Assistance (BEA) auprès de Malakoff Médéric et assuré par AUXIA Assistance.

Elle constitue un service de télémédecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

BEA est autorisée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) à réaliser des prestations de Téléconsultation médicale.

Le service de Téléconsultation est accessible par le biais de la plateforme téléphonique de BEA composée d'Infirmier Diplômé Etat (IDE) et de Médecins inscrits à l'Ordre des Médecins.

Le service de Téléconsultation a été déclaré auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, sous les références suivantes : déclaration n°2039807 du 4 mai 2017.

Les services fournis, accessibles en France ou lors d'un déplacement à l'étranger, sont de trois types :

- Téléconsultation,
 - Orientation dans le parcours de soins,
 - Information générale sur la santé.
- **Sont couverts par la garantie en inclusion avec l'assistance, toutes les garanties des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie mutuelle dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire.**
 - **Description du service de téléconsultation**

L'utilisation du service de Téléconsultation médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une affiliation en cours de validité.

Le service Téléconsultation est mis à disposition en inclusion aux Bénéficiaires dans la limite de 5 Téléconsultations par Bénéficiaire par année civile.

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant et en dehors de toute urgence, chaque Bénéficiaire peut contacter le service de Téléconsultation.

En journée, un IDE réceptionnera chaque appel. Après avoir informé le Bénéficiaire des modalités de fourniture du service de Téléconsultation et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande. L'IDE, délivrera, selon le cas, des informations générales de santé et/ou orientations dans le parcours de soins et le cas échéant, le mettra en relation avec un Médecin qui procédera à la Téléconsultation.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin apportera une réponse médicale adaptée à la situation du Bénéficiaire. Cette réponse pourra prendre la forme suivante :

- Conseil/avis médical,
- Information et orientation dans le parcours de soins,
- Prescription écrite médicamenteuse.

Le Médecin est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où une urgence médicale était identifiée, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte rendu de consultation pourra être adressé au médecin traitant du Bénéficiaire, si le Médecin estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic. Le cas échéant, le Médecin réorientera le patient vers son médecin traitant.

Le service de Téléconsultation n'a pas vocation à se substituer à une consultation médicale avec le médecin traitant du Bénéficiaire et ne peut remplacer le parcours de soin habituel. Il vient en complément et non en substitution.

Le Bénéficiaire est informé que les Médecins auront accès aux informations qu'il leur aura communiquées par le biais du service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires en matière d'accès par des professionnels de santé à des données à caractère personnel de santé de patients.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle, l'échange doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Le Bénéficiaire est informé que les Médecins auront accès aux informations qu'il leur aura communiquées par le biais du service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires en matière d'accès par des professionnels de santé à des données à caractère personnel de santé de patients.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle, l'échange doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.



- Exclusion du service téléconsultation

Sont exclus de la Téléconsultation :

- Les situations d'urgence médicale : dans ce cas, le Bénéficiaire sera accompagné vers le service d'urgence médicale (SAMU)
- Les Téléconsultations nécessitant un examen physique du Bénéficiaire,
- Les demandes de Téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions lorsque le Bénéficiaire se situe en dehors de territoire français,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (sauf dépannage ponctuel),
- La prescription de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officielles.

Pour plus de renseignement, vous pouvez contacter Energie mutuelle :



- Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire demeure pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du service de Téléconsultation dans les conditions de droit commun.

Il appartient au Bénéficiaire d'utiliser le service de Téléconsultation dans le respect des dispositions légales et réglementaires afin de permettre à l'équipe de Médecins de réaliser la Téléconsultation et lui donner des conseils adaptés.

A cet égard, le Bénéficiaire est seul responsable de l'exactitude, de la cohérence et de l'exhaustivité des données qu'il transmet aux Médecins dans le cadre de l'utilisation du service de Téléconsultation.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

Energie mutuelle Deuxième Avis Médical

- Objet

La garantie Deuxième Avis Médical est souscrite par la mutuelle auprès de Carians.

Elle a pour objet de permettre aux bénéficiaires d'accéder à un haut niveau d'expertise médicale en cas de problème de santé « sérieux » ou de situation médicale complexe.

- Sont couverts toutes les garanties des contrats frais de santé souscrits auprès d'Energie mutuelle dès la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat sauf stipulation contraire.
- Modalités de mise en œuvre de la garantie

Vous accédez au service Deuxième Avis Médical via votre **espace personnel Energie mutuelle**.

Pour obtenir ensuite un deuxième avis d'expert, vous devrez :

- Remplir, en ligne, un questionnaire médical approfondi sur sa pathologie et,
- Télécharger les pièces jointes nécessaires à l'avis (examens radio, IRM, Labo, etc...).

Le médecin expert analysera les documents transmis par le patient et pourra, le cas échéant, demander des pièces complémentaires.

La réponse de l'expert est garantie dans un délai de 7 jours via la plateforme, dans le cas où l'assuré choisit de s'en remettre à elle pour le choix du médecin expert et dès lors que le dossier médical transmis est complet.

Dans le cas où vous choisissez vous-même le médecin expert, le délai de réponse sera fonction de la disponibilité de l'expert.

Le dossier est clôturé automatiquement 15 jours après l'envoi du compte-rendu à l'Assuré ; le dossier est archivé et conservé pendant 10 ans et vous (ainsi que le patient sur lequel se porte la demande le cas échéant) pouvez y accéder si vous en faites la demande.

La liste (non exhaustive) des spécialités couvertes par le service personnalisé sont, notamment :

- oncologie, neurologie, orthopédie et rhumatologie, gynécologie et andrologie
- urologie, et cardiologie et vasculaire.

Une description complète du service est accessible sur votre **espace personnel Energie mutuelle**.

Visible Patient

Une description complète du service est accessible sur votre **espace personnel** et à la demande lors de l'adhésion à la mutuelle.



CCM CCAS

RÉGIME GÉNÉRAL

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⁽⁶⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾



HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

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

	Régime Général ⁽⁶⁾	CCM CCAS ⁽⁶⁾
Frais de séjour et de salle d'opération	80 % / 100 %	120 % / 100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer
Honoraires		
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	80 % / 100 %	320 % / 300 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	80 % / 100 %	120 % / 100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	100 % des Frais Réels
Chambre particulière		
Hospitalisation complète, avec nuitée (90 jours par année civile)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)
Hospitalisation en maternité (8 jours maximum)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	1 % du PMSS (34,28 €)
Frais de transport	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**
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services

Annexe 1 – Tableau des garanties



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⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽⁶⁾)	70 %	90 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	70 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	150 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	130 %

Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie (y compris pour les actes effectués par un professionnel non médecin)

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	110 %

Auxiliaires médicaux

60 % / 110 %

Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

60 % / 110 %

Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire

- / 0,7 % du PMSS (24,00 €)

Frais de transport

65 % / 35 %

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

- / 35 % des Frais Réels

Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité

65 % / 30 % / 15 % / 35 % / 70 % / 85 %

Pansements

60 % / 100 %

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 / OUI

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Bénéficiez d'une assistance à domicile avec Energie Mutuelle Services
- Bénéficiez d'une **assistance** à domicile

Annexe 1 – Tableau des garanties



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⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾

OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois 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 16 ans et plus, elle peut être réduite à 12 mois 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)⁽⁴⁾.

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par le Régime général et la garantie souscrite, y compris pour la prestation d'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 le Régime général et la garantie souscrite. (60% de la BR par le régime de base et 60% de la BR par la garantie souscrite) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100% Santé* (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

Adultes :

Monture	60 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Général
Verres	60 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Enfants :		
Monture	60 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Général
Verres	60 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia

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

Adultes :

Monture	60 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Général
Verres	60 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Enfants :		
Monture	60 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Général
Verres	60 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	60 %	60 %

Annexe 1 – Tableau des garanties



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⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾

OPTIQUE (suite)

Lentilles

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

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile)	60 %	645 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile)	60 %	645 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 équipement par année civile)	60 %	645 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile)	60 %	645 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	12 % du PMSS (411,36 €)

Grille optique pour Adulte (16 ans et +), y compris remboursement Régime Général :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0 - 2	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
2,25 - 4	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
4,25 - 6	65,00 €	92,00 €	146,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
6,25 - 8	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
8,25 - 12	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €
12,25 et plus	175,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €

Grille optique pour Enfant (-16 ans), y compris remboursement Régime Général :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0 - 2	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
2,25 - 4	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
4,25 - 6	90,00 €	112,00 €	209,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
6,25 - 8	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
8,25 - 12	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €
12,25 et plus	337,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €

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



	Régime Général ⁽⁶⁾	CCM CCAS ⁽⁶⁾
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⁾	70 %	Sans reste à payer*
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE		
Soins et Prothèses autres que 100% Santé		
Soins dentaires	70 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	150 %
Radiologie dentaire	70 %	150 %
Prothèses	70 %	575 %
Orthodontie	100 %	460 %
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 et par bénéficiaire	-	50 % des Frais Réels
Orthodontie sur frais réels limités par année civile à 50 % du PMSS	-	80 % des Frais Réels
Implantologie sur frais réels limités par année civile à 100 % du PMSS	-	45 % des Frais Réels
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	2 % PMSS (68,56 €)
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	4 % PMSS (137,12 €)
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	1 % PMSS (34,28€)
Parodontologie - Forfait maximum par année civile et par bénéficiaire	-	8,4 % PMSS (287,95 €)
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	30 % des Frais Réels



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⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾

 MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèse médicale (y compris prothèse capillaire de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	160 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 % + 90 % du PMSS (3 085,20 €)

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

* À compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge de l'aide auditive est plafonnée à 1700€ (Régime général et garantie CCM CCAS) - décret n°2019-65 du 31 janvier 2019. La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime général et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Équipement auditif autre que 100% Santé⁽⁶⁾ (classe II ⁽³⁾)

Aide auditive unilatérale	60 %	1 700 € par aide sous déduction du Régime général
Aide auditive bilatérale	60 %	3 400 € avec un maximum de 1 700 € par aide sous déduction du Régime général
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale – forfait par année civile et par bénéficiaire	90 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)

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

Annexe 1 – Tableau des garanties



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⁾	CCM CCAS ⁽⁶⁾
AUTRES PRESTATIONS		
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	35 % + 8 % du PMSS (274,24 €) par cure
Vaccins (par vaccin)	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie non remboursée	-	115 €
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
Détartrage annuel des dents	70 %	150 %
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70 %	150 %
Pack Prévention annuel comprenant :		3,85 % du PMSS (131,98 €)
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;		
- podologue et bilan podologique ;		
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;		
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;		
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;		
- test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ;		
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.		
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	-	-
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)	-	-

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

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement mutualiste

Abréviations :

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** = Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

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 : 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.R871-1 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

Energie mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z
Energie mutuelle/Mutieg A ASSO : 66 avenue du Maine 75014 PARIS - energie-mutuelle.fr
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9



CCM CCAS RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

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 Local
Alsace-Moselle⁽⁶⁾

CCM CCAS⁽⁶⁾



HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

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

Frais de séjour et de salle d'opération	100 %	100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	24 €	-
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer
Honoraires		
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100 %	300 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁶⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels	-
Chambre particulière		
Hospitalisation complète, avec nuitée (90 jours par année civile)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)
Hospitalisation en maternité (8 jours maximum)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	1 % du PMSS (34,28 €)
Frais de transport	100%	-

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

Annexe 1 – Tableau des garanties



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 Local
Alsace-Moselle⁽⁶⁾

CCM CCAS ⁽⁶⁾



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	90 %	70 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	90 %	50 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	90 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	90 %	110 %

Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie

(y compris pour les actes effectués par un professionnel de santé non médecin)

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	90 %	110 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	90 %	90 %

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

	-	35 % des Frais Réels
--	---	----------------------

Auxiliaires médicaux

	90 %	80 %
--	------	------

Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	90 %	80 %
--	------	------

Analyses hors nomenclature

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

Frais de transport

	100 %	-
--	-------	---

Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité

	90 % / 80 % / 15 %	10 % / 20 % / 85 %
--	--------------------	--------------------

Pansements

	90 %	70 %
--	------	------

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/obstétriciens) **pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité**

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

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Bénéficiez d'une assistance à domicile avec Energie Mutuelle Services
- Bénéficiez d'une **assistance** à domicile

Annexe 1 – Tableau des garanties



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 Local
Alsace-Moselle⁽⁶⁾

CCM CCAS⁽⁴⁾

OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois 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 16 ans et plus, elle peut être réduite à 12 mois 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)⁽⁴⁾.

* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par le Régime local 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 local et la garantie souscrite, (60% de la BR par le régime de base et 60% de la BR par la garantie souscrite) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100% Santé* (Classe A) 90 % Sans reste à payer*

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

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

Adultes :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Enfants :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia

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

Adultes :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Enfants :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B***	90 %	30 %

Annexe 1 – Tableau des garanties



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 Local
Alsace-Moselle⁽⁶⁾

CCM CCAS⁽⁴⁾

OPTIQUE (suite)

Lentilles

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

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile)	90 %	615 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile)	90 %	615 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale – forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 équipement par année civile)	90 %	615 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile)	90 %	615 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale – forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	12 % du PMSS (411,36 €)

Grille optique pour Adulte (16 ans et +), y compris remboursement Régime Local :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0 - 2	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
2,25 - 4	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
4,25 - 6	65,00 €	92,00 €	146,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
6,25 - 8	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
8,25 - 12	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €
12,25 et plus	175,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €

Grille optique pour Enfant (+16 ans), y compris remboursement Régime Local :

Sphère	Unifocaux			Multifocaux et progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0 - 2	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
2,25 - 4	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
4,25 - 6	90,00 €	112,00 €	209,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
6,25 - 8	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
8,25 - 12	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €
12,25 et plus	337,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €

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



Régime Local
Alsace-Moselle⁽⁵⁾

CCM CCAS⁽⁴⁾



DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par le Régime local 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⁾

90 %

Sans reste à payer*

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins et Prothèses autres que 100% Santé

Soins dentaires	90 %	130 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	90 %	130 %
Radiologie dentaire	90 %	130 %
Prothèses	90 %	555 %
Orthodontie	100 %	460 %

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 et par bénéficiaire	-	50 % des Frais Réels
Orthodontie sur frais réels limités par année civile à 50 % du PMSS	-	80 % des Frais Réels
Implantologie sur frais réels limités par année civile à 100 % du PMSS	-	45 % des Frais Réels
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	2 % PMSS (68,56 €)
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	4 % PMSS (137,12€)
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	1 % PMSS (34,28€)
Parodontologie - Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	8,4 % PMSS (287,95 €)
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	30 % des Frais réels



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 Local
Alsace-Moselle⁽⁶⁾ CCM CCAS⁽⁴⁾

MÉTIER MÉDICAL - APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèse médicale (y compris prothèse capillaire de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	90 %	130 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 % + 90 % du PMSS (3 085,20 €)

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

* À compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge de l'aide auditive est plafonnée à 1700€ (Régime local et garantie CCM CCAS) - décret n°2019-65 du 31 janvier 2019. La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime Local et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Équipement auditif autre que 100% Santé⁽²⁾ (classe II ⁽³⁾)

Aide auditive unilatérale	90 %	1 700 € par aide sous déduction du Régime local
Aide auditive bilatérale	90 %	3 400 € avec un maximum de 1 700 € par aide sous déduction du Régime local
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	90 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)

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

Annexe 1 – Tableau des garanties



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 Local Alsace-Moselle ⁽⁶⁾	CCM CCAS ⁽⁴⁾
AUTRES PRESTATIONS		
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	90 %	10 % + 8 % du PMSS (274,24 €) par cure
Vaccins (par vaccin)	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Contraception non remboursée : pilules, patches, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie non remboursée	-	115 €
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
Détartrage annuel des dents	90 %	130 %
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	90 %	130 %
Pack Prévention annuel comprenant :		3,85 % du PMSS (131,98 €)
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;		
- podologue et bilan podologique ;		
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;		
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;		
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;		
- test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ;		
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.		
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	-	-
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)	-	-

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

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement mutualiste

Abréviations :

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR - SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** = Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

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 : 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.R871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale

(5) Les données concernant le Régime Local Alsace-Moselle sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle

(6) Hors remboursement du Régime Local Alsace-Moselle

Energie mutuelle : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Energie mutuelle/Mutiég A ASSO : 66 avenue du Maine 75014 PARIS - energie-mutuelle.fr

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

Annexe 2 – Justificatifs de paiement requis par acte



Nature des soins	Rbst. Assur. Maladie	Nature des documents nécessaires au paiement	Éléments requis
Visite et consultation généraliste	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Visite et consultation spécialiste	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Actes techniques médi-caux, actes d'imageries, échographie et de radiologie	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Ostéopathie, acupuncture, chiropracteur, étiopathe	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Pour les actes d'ostéopathie, de chiropractie, il doit être indiqué sur les factures le N° d'ADELI. Pour les actes d'étioopathie, il doit être stipulé le numéro d'enregistrement des membres du registre des étioopathes. Seules les prestations d'acupuncture réalisées par des médecins peuvent donner lieu à un remboursement
Auxiliaires médicaux	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Analyses et prélèvements	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire et facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Analyses hors nomenclature	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Pharmacie vignette blanche, bleue et orange	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire et facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Pansements	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Monture acceptée Sécurité sociale	✓	Décompte avec ordonnance et facture ou si télétransmission fac-ture avec ordonnance	Décompte Régime obligatoire, ordonnance et facture détaillée acquittée si tiers payant Régime obligatoire
Verre accepté Sécurité sociale	✓	Décompte avec ordonnance et facture ou si télétransmission Facture avec ordonnance	Décompte Régime obligatoire, ordonnance et facture détaillée acquittée si tiers payant Régime obligatoire
Lentille acceptée Sécurité sociale	✓	Décompte avec ordonnance et facture ou si télétransmission Facture avec ordonnance	Décompte Régime obligatoire, ordonnance et facture détaillée acquittée si tiers payant Régime obligatoire
Lentille correctrice non prise en charge Sécurité sociale	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Chirurgie corrective/réfractive / laser/ implant intra-oculaire non prise en charge Sécurité sociale	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Orthopédie et prothèse médicale	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur
Prothèse auditive	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Véhicule pour handicapé accepté par la Sécurité sociale	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Soins dentaires	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Prothèse dentaire	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Prothèse refusée Sécurité sociale	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Code CCAM
Orthodontie prise en charge Sécurité sociale	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée

Annexe 2 – Justificatifs de paiement requis par acte



Nature des soins	Rbst. Assur. Maladie	Nature des documents nécessaires au paiement	Éléments requis
Orthodontie non prise en charge Sécurité sociale	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Date de début et de fin de semestre
Couronne sur implant acceptée Sécurité sociale	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Implant	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Numéro des dents Code CCAM
Couronne ou stellite provisoire	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Numéro des dents Code CCAM
Parodontologie	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Numéro des dents Code CCAM
Autres actes dentaires hors nomenclature	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée Numéro des dents Code CCAM
Cure thermale acceptée Sécurité sociale	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Vaccins non remboursables	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Pilule 3 ^e et/ou 4 ^e générations	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Pack prévention annuel (détail voir garantie)	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Forfait équipement handicap moteur et visuel	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Frais de séjour	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée
Dépassement d'honoraires	✓	Décompte ou facture	Décompte RO ou facture S3404 acquittée (établissement privé) ou bordereau de facturation (hôpitaux)
Franchise sur les actes CCAM	✗	Facture	Bénéficiaire Date des soins Montant Mention acquittée
Forfait journalier	✗	Facture	Facture détaillée acquittée avec mention DMT, date d'entrée et sortie
Chambre particulière	✗	Facture	Facture détaillée acquittée avec mention DMT, date d'entrée et sortie
Frais d'accompagnant (moins de 16 ans)	✗	Facture	Facture détaillée et acquittée Date d'entrée et de sortie Nom de la personne hospitalisée et accompagnante
Frais de transport	✓	Décompte ou facture	Décompte Régime obligatoire ou facture détaillée acquittée du ticket modérateur

Contacts



Site Internet dédié

Vous pouvez retrouver sur le site energiemutuelle.fr :

Les documents d'information suivants :

- la présente notice d'information
- les Statuts d'Energie mutuelle
- les formulaires de modification de situation

L'accès à votre espace personnel

- via l'espace adhérent adh.energiemutuelle.fr rubrique « Nous contacter »



Pour toute question relative aux adhésions, cotisations, devis et prises en charge et prestations

Energie mutuelle
66 avenue du Maine 75014 Paris

0 969 32 37 37

Service gratuit
+ prix appel

APPEL NON SURTAXÉ



Pour toute question relative au Fonds Social

Energie mutuelle - Pôle Solidarité
4 rue Fulton - 49000 Angers



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