

# OXYGÈNE & ESSENTIEL

POUR LES PERSONNES EXTÉRIEURES AUX IEG

## PRESTATIONS 2023

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<sup>(5)</sup>

OXYGÈNE<sup>(4)</sup>

OU

ESSENTIEL<sup>(4)</sup>

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2



### HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

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

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

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

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

\*\* La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie et à 120 jours en médecine/chirurgie.

		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
<b>Frais de séjour et de salle d'opération en établissement conventionné</b>	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>Frais de séjour et de salle d'opération</b> (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
<b>Franchise sur les actes CCAM &gt; 120 €</b>	-	24 €	24 €	24 €	24 €
<b>Forfait patient urgences*</b>	-	Sans reste à payer		Sans reste à payer	
<b>Honoraires</b>					
Actes des médecins <b>signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(6)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	70 % / 50 %	70 % / 50 %	320 % / 300 %	320 % / 300 %
Actes des médecins <b>non signataires</b> de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO <sup>(6)</sup> ) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	120 % / 100 %	120 % / 100 %
<b>Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale</b>	-	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
<b>Chambre particulière**</b>					
Hospitalisation complète y compris maternité, par nuitée	-	55 €	60 €	50 €	70 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	30 €	30 €	30 €	30 €
<b>Frais d'accompagnant</b> (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	40 € / jour	45 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
<b>Frais de transport</b>	65 %	35 %	35 %	135 %	185 %

#### Vos avantages

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

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

RÉGIME GÉNÉRAL<sup>(5)</sup>

OXYGÈNE<sup>(4)</sup>

OU

ESSENTIEL<sup>(4)</sup>

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2



## SOINS COURANTS

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

### Généraliste

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

### Spécialiste

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

### Actes techniques médicaux

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

### Actes d'imagerie médicale

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

### Auxiliaires médicaux

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

### Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale

Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur ameli.fr	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %
--	------	------	------	------	------

### Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

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

### Frais de transport

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

### Médicaments

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

### Pansements

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

**Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étioopathes et médecins acupuncteurs** (hors nomenclature), **séances par année civile et par bénéficiaire** (maximum 6 séances)

	-	30 € par séance	30 € par séance	30 € par séance	30 € par séance
--	---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

### Vos avantages

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

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

RÉGIME GÉNÉRAL<sup>(6)</sup>

OXYGÈNE<sup>(6)</sup>

OU

ESSENTIEL<sup>(6)</sup>

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2

## OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la garantie souscrite (monture et verres) sont différenciés entre adulte (à partir de 16 ans) et enfant (moins de 16 ans). La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).

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

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

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

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

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

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

### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

### HORS RÉSEAU KALIXIA

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

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

RÉGIME GÉNÉRAL<sup>(6)</sup>

OXYGÈNE<sup>(6)</sup>

OU

ESSENTIEL<sup>(6)</sup>

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2

## OPTIQUE (suite)

### Lentilles

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

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

#### VOS AVANTAGES KALIXIA

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

#### HORS RÉSEAU KALIXIA

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



## DENTAIRE

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

\*\* La prise en charge de l'implant est effective après un délai de carence de 3 mois à la date d'effet de votre adhésion à la garantie. Pendant le délai de carence, l'implant n'est pas remboursé par la garantie souscrite.

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

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

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

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

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

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile	-	25 % des Frais réels	30 % des Frais réels	50 % des Frais réels	70 % des Frais réels
Couronne ou stellite provisoire dans la limite de 5 dents par année civile :					
- 1 ou 2 dents	-	43 €	51 €	60 €	69 €
- 3 dents	-	86 €	103 €	120 €	137 €
- Par dent supplémentaire	-	34 €	34 €	34 €	34 €
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire, (maximum 3)**	-	400 €	400 €	450 €	600 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	200 €	250 €	300 €	400 €

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<sup>(5)</sup>

OXYGÈNE<sup>(4)</sup>

OU

ESSENTIEL<sup>(4)</sup>

OPTION 1

OU

OPTION 2

OPTION 1

OU

OPTION 2



## MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE – AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE

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

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

### VOS AVANTAGES KALIXIA

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



### AUTRES PRESTATIONS

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

### + DE SERVICES

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

#### Abréviations :

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMIEG** : Caisse du Régime Obligatoire d'Assurances Maladie des Industries Electriques et Gazières. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2023 : 3 666 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve dévolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

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

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

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

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis réglementairement par le Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(3) Voir la liste réglementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.

(4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(5) Les données concernant le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.

(6) Hors remboursement du Régime Général.