

ÉQUINOXE & PLÉNITUDE

GARANTIES COLLECTIVES DESTINÉES AUX ENTREPRISES RÉGIME GÉNÉRAL

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⁽⁴⁾

ÉQUINOXE 1⁽⁵⁾

ÉQUINOXE 2⁽⁵⁾

PLÉNITUDE⁽⁵⁾



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.

	Régime Général ⁽⁴⁾	ÉQUINOXE 1 ⁽⁵⁾	ÉQUINOXE 2 ⁽⁵⁾	PLÉNITUDE ⁽⁵⁾
Frais de séjour et frais de salle d'opération en établissement conventionné	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	120 % / 100 %
Frais de séjour et frais de salle d'opération (dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	120 % / 100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €	24 €	24 €
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Honoraires				
Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	70 % / 50 %	70 % / 50 %	120 % / 300 %
Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	50 % / 30 %	50 % / 30 %	120 % / 100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière				
Hospitalisation complète y compris maternité, par année civile, par nuitée	-	55 € (limitée à 120 jours)	60 € (limitée à 120 jours)	2,1 % du PMSS (76,99 €) (limitée à 90 jours)
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	30 €	30 €	1,12 % du PMSS (41,06 €)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	40 € / jour	45 € / jour	1 % du PMSS (36,66 €)
Frais de transport	65 %	35 %	35 %	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

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⁽⁴⁾

ÉQUINOXE 1⁽⁵⁾

ÉQUINOXE 2⁽⁵⁾

PLÉNITUDE⁽⁵⁾

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)

Généraliste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ⁽¹⁾)	70 %	30 %	80 %	110 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	60 %	90 %

Spécialiste

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	80 %	150 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	60 %	130 %

Actes techniques médicaux

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	80 %	150 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	60 %	130 %

Actes d'imagerie médicale

Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	80 %	150 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾ pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	30 %	60 %	130 %

Auxiliaires médicaux

	60 %	40 %	50 %	110 %
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 amelil.fr	60 %	40 %	40 %	40 %

Analyses, prélèvements et examens de laboratoire

	60 %	40 %	50 %	110 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	0,7 % du PMSS (25,66 €)

Frais de transport

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

Médicaments

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

Pansements

	60 %	40 %	50 %	100 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	1,75 % du PMSS (64,16 €)

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

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

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Accédez à notre **réseau Kalixia ostéopathes** (honoraires négociés, charte qualité)
- 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⁽⁴⁾

ÉQUINOXE 1⁽⁵⁾

ÉQUINOXE 2⁽⁵⁾

PLÉNITUDE⁽⁵⁾

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 (jusqu'à 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 plus de 16 ans, 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).

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

** La prestation «adaptation correction visuelle par l'opticien» est prise en charge par le Régime général et la garantie souscrite. (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⁽²⁾ (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
---	------	---------------------	---------------------	---------------------

Équipement autre que 100% Santé (Classe B)

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

Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	95 €	100 % des Frais réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	90 €	95 €	
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	95 €	100 €	
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	135 €	140 €	
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	125 €	130 €	
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	145 €	150 €	
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	75 €	75 €	
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	75 €	75 €	90 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	90 €	95 €	105 €
Par verre simple ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	90 €	95 €	105 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	95 €	100 €	200 €
Par verre complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	135 €	140 €	225 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	125 €	130 €	275 €
Par verre très complexe ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	145 €	150 €	300 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	75 €	75 €	100 €
Par monture de lunettes ⁽⁴⁾ (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	75 €	75 €	100 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B	60 %	60 %	60 %	60 %

Lentilles

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

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	155 €	220 €	305 €
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	-	-	255 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	Adulte : 10,26 % du PMSS (376,13 €) Enfant : 12,12 % du PMSS (444,32 €)

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

HORS RÉSEAU KALIXIA

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	155 €	220 €	305 €
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} équipement par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	-	-	255 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	Adulte : 10,26 % du PMSS (376,13 €) Enfant : 12,12 % du PMSS (444,32 €)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)	-	100 €	150 €	12 % du PMSS (439,92 €)

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⁽⁴⁾

ÉQUINOXE 1⁽⁵⁾

ÉQUINOXE 2⁽⁵⁾

PLÉNITUDE⁽⁵⁾



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* Sans reste à payer* Sans reste à payer*

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Soins dentaires	70 %	30 %	50 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	30 %	50 %	150 %
Radiologie dentaire	70 %	30%	50%	150%
Prothèses dentaires à tarifs modérés autres que 100% santé	70 % / 100 %	80 % / 50 %	170 % / 140 %	575 % / 545 %
Prothèses dentaires à tarifs libres autres que 100% santé	70% / 100%	80 % / 50 %	170 % / 140 %	575 % / 545 %
Orthodontie	70% / 100%	80 % / 50 %	170 % / 140 %	490 % / 460 %
Le cumul des remboursements des prothèses dentaires à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà)	-	550 €	700 €	-

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
Orthodontie, sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile	-	-	-	80 % des Frais réels
Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale - Par implant, par année civile et par bénéficiaire sur frais réels limités à 100 % du PMSS	-	25 % des Frais réels	30 % des Frais réels	45 % des Frais réels

Couronnes ou stellites provisoires dans la limite de 5 dents par année civile :

1 à 2 dents	-	-	-	2 % du PMSS (73,32 €)
3 dents	-	-	-	4 % du PMSS (146,64 €)
Par dent supplémentaire	-	-	-	1 % du PMSS (36,66 €)
Parodontologie : forfait maximum par année civile et par bénéficiaire	-	460 €	460 €	8,4 % du PMSS (307,94 €)
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	-	-	30 % des Frais réels



MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE - AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

*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 - santé tel que défini réglementairement)	60 %	sans reste à payer*	sans reste à payer*	sans reste à payer*
Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II), aides auditives acceptées (classe II à tarifs libres) par la Sécurité sociale	60 %	40 %	50 %	160 %
+ Forfait par année civile	-	155 €	180 €	-
Forfait aide auditive unilatérale	-	-	-	1 700 € par aide sous déduction de la part régime obligatoire et de la garantie Plénitude
Forfait aide auditive bilatérale	-	-	-	3 400 € avec un maximum de 1 700 € par aide sous déduction de la part régime obligatoire et de la garantie Plénitude
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire	60 %	60 €	60 €	1,4 % du PMSS (51,32 €)
Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale	100 %	-	-	150 % + 90 % PMSS (3 299,40 €)
Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500 €/an	500 €/an	-

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** dans le réseau d'Audioprothésistes Kalixia

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 ⁽⁴⁾	ÉQUINOXE 1 ⁽⁵⁾	ÉQUINOXE 2 ⁽⁵⁾	PLÉNITUDE ⁽⁵⁾
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	190 €	190 €	35 % + 8 % PMSS (293,28 €)
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	40 €	40 €	1,75 % du PMSS (64,16 €)
Ostéodensitométrie non remboursée	70 %	80 €	80 €	115 €
Aide ménagère - travailleur familial sur prise en charge de l'aide sociale, de la CNAVTS ou de la CAF : participation horaire maximum	-	5 € / h	5 € / h	-
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Pack Prévention annuel comprenant :				
- 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 HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ;				
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.				
	-	-	-	3,85 % du PMSS (141,14 €)

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

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : 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). **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 d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

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

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

(5) Hors remboursement du Régime Général