Je souhaite renforcer mes garanties, je choisis les options Sodeli et Cort



- Offre
- Cotisations
- Garanties
- Remboursements
- Services
- Règlementaire
- Contacts

Renforts dédiés aux adhérents de la CSM, CSM Evin, Sérénité

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Sodeli et Cort

Votre santé en toute tranquilité

Vous souhaitez renforcer vos garanties et diminuer votre reste à charge ? Pensez à Sodeli ou Cort !

Ces deux options offrent des remboursements complémentaires sur vos dépenses de santé, pour mieux couvrir vos dépassements d'honoraires, vos frais dentaires, d'optique, d'hospitalisation et bénéficier de nombreux avantages :

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

"Je recherche une couverture : "

	Equilibrée et des cotisations maîtrisées Je choisis **CSM**	**Complète et confortable** Je choisis **CSM + (e)Sodeli**	**Optimale pour répondre à des besoins en santé importants** Je choisis **CSM + (e)Cort**
Soins courants	●●○○	●●●○	●●●●
Pharmacie	●●●○	●●●○	●●●●
Optique	●●○○	●●●○	●●●●
Dentaire	●●○○	●●●○	●●●●
Hospitalisation	●●○○	●●●○	●●●●
Matériel médical	●●○○	●●●○	●●●●
Services	●●○○	●●●●	●●●●

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

Votre cotisation

COTISATIONS 2023 TTC EN € / mois*	Isolé	Famille
Sodeli**	13,04 €	22,97 €
Cort**	30,12 €	55,85 €

Cotisation incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 2,73 € pour Sodeli, 3,24 € pour Cort

eSodeli**	10,31 €	20,24 €
eCort**	26,88 €	52,61 €

Cotisation sans la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 %
** **Incluant les prestations nrCort, dépassements d'honoraires Non OPTAM, montures et audiologie : 2,71 € l'isolé et 5,55 € la famille.**
Pour les prestations NR CORT mentionnées dans le tableau des garanties (dépassements d'honoraires des médecins Non-Optam et forfait monture au-delà de la limite des contrats responsables) intègrent la Taxe de Solidarité Additionnelle au taux spécifique de 20,27 %. NR : Non Responsable.

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

SODELI & CORT

PRESTATIONS 2023

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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrie, psychiatrie)				
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'entrainant 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.				
Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	20 % / 0 %	-	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[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	100 %
Actes des médecins **non signataires** de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	-	-	-
Chambre particulière**				
Hospitalisation complète yc maternité, par nuitée	-	-	20 €	30 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	-	-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	-	15 € / jour	20 € / jour
Frais d'accompagnant (adulte de plus de 70 ans)	-	-	20 € / jour	25 € / jour
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** pour l'analyse en 3D des organes à opérer
- Bénéficiez de la **dispense d'avance de frais** en cas d'hospitalisation avec Viamedis (à l'aide de votre carte de tiers payant)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services

	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)				
Généraliste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM[1])	70 %	50 %	60 %	100 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	40 %	100 %
Spécialiste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	-	50 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	-	200 %
Actes techniques médicaux				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	-	50 %
Actes d'imagerie médicale				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50%	-	50 %
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	30 %	70 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	60 %	60 %	30 %	70 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	35 €	50 €
Frais de transport	65 %	35 %	-	-
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	-	-
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 €	50 €
Pansements	60 %	60 %	150 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	35 €	100 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étiopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), séances par année civile et par bénéficiaire (maximum 6 séances)	-	-	25 €	35 €
Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 € par séance (2 séances)	35 € par séance (4 séances)
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) **pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité**	NON	NON	NON	NON

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

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 18 ans) et enfant (moins de 18 ans).
La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre règlementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).[4]
Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77€ (y compris le régime de base à 0,06€ soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la garantie souscrite au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (soit 76,94 €) et du régime de base.
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire), y compris pour la prestation d'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.
** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.
*** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
Équipement 100 % Santé[2] (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	-	-
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré				
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € yc régime de base	-	-
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € yc régime de base	-	-
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € yc régime de base	-	-
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € yc régime de base	-	-
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € yc régime de base	-	-
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € yc régime de base	-	-
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) - nrCORT	60 %	77 € yc régime de base	-	40 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) - nrCORT	60 %	35 € yc régime de base	-	40 €

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 < 18 ans)	60 %	43 € yc régime de base	10 €	15 €
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € yc régime de base	10 €	15 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € yc régime de base	15 €	20 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € yc régime de base	15 €	20 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € yc régime de base	20 €	25 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € yc régime de base	20 €	25 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) - nrCORT	60 %	77 € yc régime de base	-	40 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) - nrCORT	60 %	35 € yc régime de base	-	40 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B* **	60 %	60 %	-	-

	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
OPTIQUE (suite)				
Lentilles				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1er équipement par année civile)	60 %	645 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	60 %	645 %	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation **Adulte :** 92,30 € **Enfant :** 151,20 €	30 €	60 €
VOS AVANTAGES KALIXIA ● Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles				
HORS RÉSEAU KALIXIA				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1er équipement par année civile)	60 %	645 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	60 %	645 %	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation **Adulte :** 92,30 € **Enfant :** 151,20 €	30 €	60 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) **non prise en charge par la Sécurité sociale** (forfait par année civile et par œil)	-	-	200 €	350 €

DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) et pour certains actes, en complément par la garantie Sérénité dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
** 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.

Prothèses 100% Santé[2] sans reste à charge	70 %	425 %	-	-
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Soins et Prothèses autres que 100% Santé				
Soins dentaires	70 %	50 %	-	50 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	50 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	50 %	-	50 %
Radiologie dentaire	70 %	50 %	-	-
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	425 %	75 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	425 %	75 %	150 %
Implantologie				
Couronne définitive sur implant, maximum 3 par année civile et par bénéficiaire	70 %	425 %	100 €	200 €
Orthodontie	100 %	260 %	80 %	160 %
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	5 % des Frais réels limités à 1000 €	10 % des frais réels limités à 1000 €
Orthodontie	-	-	60 %	160 %
Implantologie, par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 3 par année civile**	-	-	200 €	400 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	-	7 €	35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	-	15 €	65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	-	15 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	250 €	500 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile et par bénéficiaire	-	-	10 % des Frais réels	30 % des Frais réels

	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE				
Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % 150 % / 190 %	50 %	100 %
Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale	100 %	150 %	-	-
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

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

* À compter du 1er janvier 2021, le remboursement de la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019) et de la garantie Souscrite (décret n°2019-65 du 31 janvier 2019). est plafonné à 1 700 €.
La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires

Équipement auditif 100 % Santé[2] (classe I [3])	60 %	Sans reste à payer	-	-
Équipement auditif autre que 100 % Santé[2] (classe II [3])				
Aide auditive unilatérale - nrCORT	60 %	Forfait de 1 700 € yc Régime de base pour chaque aide	-	200 €*
Aide auditive bilatérale - nrCORT	60 %		-	400 €*
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 %	25 €	50 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	-	-	100 €/mois	150 €/mois
Allocation Equipement (GIR 3)	-	-	-	1 000 €
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	-	-	OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2e ou 3e catégorie :
- et adhère en cotisation « Isolé », il ne pourra pas souscrire à la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
- et adhère en cotisation « Famille », il pourra faire bénéficier son conjoint ou ascendant de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Conditions de versement : se reporter à l'article 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

	Camieg[5]		SODELI[6]	CORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	55 %	175 €	200 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	-	20 €	75 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire	-	-	20 €	75 €
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
Pack Prévention annuel comprenant :	-	-	100 €	200 €
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, 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 Hémoccult, 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	-	-	100 €	150 €
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)	-	-	60 €	90 €
DE SERVICES				
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	-	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les disposition d'attribution	-	-	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	-	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	-	-	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	-	-	OUI	OUI
Visible Patient Solution	-	-	OUI	OUI

Les remboursements de la surcomplémentaire, SODELI ou CORT, complètent les remboursements du régime CAMIEG et de la garantie souscrite dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale sauf pour les prestations portant la mention nrCORT.

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. **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. **nrCORT :** prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties yc régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

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

Depuis le 1er 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 annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis règlementairement 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 règlementairement 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 règlementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.

(4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
(5) Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle
(6) Hors remboursement de la Camieg

Copyright Energie mutuelle 2023. Ce document est la propriété d'Energie mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_EM_SOD_COR_IEG_TG-20230113

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

eSODELI & eCORT

PRESTATIONS 2023

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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrie, psychiatrie)				
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'entrainant 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.				
Frais de séjour et de salle d'opération (dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné)	80 % / 100 %	20 % / 0 %	-	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[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	100 %
Actes des médecins **non signataires** de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	-	-	-
Chambre particulière**				
Hospitalisation complète yc maternité, par nuitée	-	-	20 €	30 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	-	-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	-	15 € / jour	20 € / jour
Frais d'accompagnant (adulte de plus de 70 ans)	-	-	20 € / jour	25 € / jour
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** pour l'analyse en 3D des organes à opérer
- Bénéficiez de la **dispense d'avance de frais** en cas d'hospitalisation avec Viamedis (à l'aide de votre carte de tiers payant)
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services

	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	**Part complémentaire**		
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)				
Généraliste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM[1])	70 %	50 %	60 %	100 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	40 %	100 %
Spécialiste				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	-	50 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	-	200 %
Actes techniques médicaux				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	-	50 %
Actes d'imagerie médicale				
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	10 %	60 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50%	-	50 %
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	30 %	70 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	60 %	60 %	30 %	70 %
Analyses hors nomenclature, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	35 €	50 €
Frais de transport	65 %	35 %	-	-
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	35 %	-	-
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	70 %	-	-
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	85 %	-	-
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 €	50 €
Pansements	60 %	60 %	150 %	200 %
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	35 €	100 €
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étiopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature), séances par année civile et par bénéficiaire (maximum 6 séances)	-	-	25 €	35 €
Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	25 € par séance (2 séances)	35 € par séance (4 séances)
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) **pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité**	NON	NON	NON	NON

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

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 18 ans) et enfant (moins de 18 ans).
La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre règlementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).[4]
Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77€ (y compris le régime de base à 0,06€ soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la garantie souscrite au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (soit 76,94 €) et du régime de base.
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire), y compris pour la prestation d'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.
** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.
*** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
Équipement 100 % Santé[2] (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	-	-
Équipement autre que 100 % Santé (Classe B)				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré				
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	43 € yc régime de base	-	-
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € yc régime de base	-	-
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € yc régime de base	-	-
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € yc régime de base	-	-
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € yc régime de base	-	-
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € yc régime de base	-	-
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) - nrCORT	60 %	77 € yc régime de base	-	40 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) - nrCORT	60 %	35 € yc régime de base	-	40 €

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 < 18 ans)	60 %	43 € yc régime de base	10 €	15 €
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	50 € yc régime de base	10 €	15 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	103 € yc régime de base	15 €	20 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	124 € yc régime de base	15 €	20 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans)	60 %	197 € yc régime de base	20 €	25 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans)	60 %	185 € yc régime de base	20 €	25 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 18 ans) - nrCORT	60 %	77 € yc régime de base	-	40 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 18 ans) - nrCORT	60 %	35 € yc régime de base	-	40 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B* **	60 %	60 %	-	-

	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
OPTIQUE (suite)				
Lentilles				
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1er équipement par année civile)	60 %	645 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	60 %	645 %	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité Sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	30 €	60 €
VOS AVANTAGES KALIXIA ● Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles				
HORS RÉSEAU KALIXIA				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1er équipement par année civile)	60 %	645 %	30 €	60 €
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	60 %	645 %	120 €	240 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile par bénéficiaire	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	30 €	60 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) **non prise en charge par la Sécurité sociale** (forfait par année civile et par œil)	-	-	200 €	350 €

DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) et pour certains actes, en complément par la garantie Sérénité dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
** 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.

Prothèses 100% Santé[2] sans reste à charge	70%	425%	-	-
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Soins et Prothèses autres que 100% Santé				
Soins dentaires	70 %	50 %	-	50 %
Soins (Inlay-Onlay)	70 %	50 %	50 %	150 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	50 %	-	50 %
Radiologie dentaire	70 %	50 %	-	-
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	425 %	75 %	150 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	425 %	75 %	150 %
Implantologie				
Couronne définitive sur implant, maximum 3 par année civile et par bénéficiaire	70 %	425 %	100 €	200 €
Orthodontie	100 %	260 %	80 %	160 %
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	-	-	5% des Frais réels limités à 1000 €	10% des Frais réels limités à 1000€
Orthodontie	-	-	60 %	160 %
Implantologie, par implant, par an et par bénéficiaire, maximum 3 par année civile**	-	-	200 €	400 €
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	-	7 €	35 €
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	-	15 €	65 €
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	-	-	15 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	250 €	500 €
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile et par bénéficiaire	-	-	10 % des Frais réels	30 % des Frais réels

	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE				
Orthopédie et prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % 150 % / 190 %	50 %	100 %
Véhicule pour handicapé accepté Sécurité sociale	100 %	150 %	-	-
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

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

* À compter du 1er janvier 2021, le remboursement de la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019) et de la garantie Souscrite (décret n°2019-65 du 31 janvier 2019). est plafonné à 1 700 €.
La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires

Équipement auditif 100 % Santé[2] (classe I [3])	60 %	Sans reste à payer	-	-
Équipement auditif autre que 100 % Santé[2] (classe II [3])				
Aide auditive unilatérale - nrCORT	60 %	Forfait de 1 700 € yc Régime de base pour chaque aide	-	200 €*
Aide auditive bilatérale - nrCORT	60 %		-	400 €*
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 %	25 €	50 €

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

GARANTIE PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

Versement mensuel (GIR 1 et GIR 2)	-	-	-	-
Allocation Equipement (GIR 3)	-	-	-	-
Aménagement du domicile (accès aux tarifs préférentiels d'Indépendance Royale)	-	-	OUI	OUI

Si l'adhérent est en situation d'invalidité de 2e ou 3e catégorie :
- et adhère en cotisation « Isolé », il ne pourra pas souscrire à la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance
- et adhère en cotisation « Famille », il pourra faire bénéficier son conjoint ou ascendant de la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

Conditions de versement : se reporter à l'article 28 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

	Camieg[5]		eSODELI[6]	eCORT[6]
	Régime de base	Part complémentaire		
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	55 %	175 €	200 €
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	-	20 €	75 €
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire	-	-	20 €	75 €
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
Pack Prévention annuel comprenant :	-	-	100 €	200 €
- psychomotricien, psychothérapeute non psychologue, 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 Hémoccult, 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	-	-	100 €	150 €
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)	-	-	60 €	90 €
DE SERVICES				
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	-	OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie mutuelle selon les disposition d'attribution	-	-	OUI	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	-	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale	-	-	OUI	OUI
Deuxième Avis Médical	-	-	OUI	OUI
Visible Patient Solution	-	-	OUI	OUI

Les remboursements de la surcomplémentaire, SODELI ou CORT, complètent les remboursements du régime CAMIEG et de la garantie souscrite dans la limite des frais réels et des plafonds de prise en charge prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale sauf pour les prestations portant la mention nrCORT.

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. **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. **nrCORT :** prestation non responsable portant sur la prise en charge des dépassements d'honoraires non-OPTAM au-delà de 200 % de la base de remboursement, de la monture au-delà de 100 € (limites des garanties des contrats responsables) et des aides auditives au-delà de 1 700 euros (limites de garanties yc régimes obligatoire et complémentaires).

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

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

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

Depuis le 1er 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 annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis règlementairement 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 règlementairement 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 règlementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018.

(4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N° 2019-65 du 31 janvier 2019 et Art. R 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
(5) Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle
(6) Hors remboursement de la Camieg

Copyright Energie mutuelle 2023. Ce document est la propriété d'Energie mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_EM_eSOD_eCOR_IEG_TG-20230113

Exemples de remboursements



	Dépense	Remboursement Camieg	Remboursement Energie mutuelle		
			CSM	CSM + (e)Sodeli	CSM + (e)Cort
SOINS COURANTS					
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	26,6 €	9,20 €	18,4 €	22,4 €
Votre reste à charge**		**23,4 €**	**14,2 €**	**5 €**	**1 €**
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	95 €	26,6 €	18,4 €	18,4 €	64,4 €
Votre reste à charge**		**68,4 €**	**50 €**	**50 €**	**4 €**
Consultation d'Ostéopathe	65 €	0 €	34 €	59 €	65 €
Votre reste à charge		**65 €**	**31 €**	**6 €**	**0 €**
OPTIQUE					
Dans le réseau kalixia Optique adulte Verres simples (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 200 € la monture négociée à 150 €)	135 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 105 € pour la monture
Votre reste à charge		**265 €**	**50 €**	**50 €**	**10 €**
Dans le réseau kalixia Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 200 € la monture négociée à 150 €)	283 €	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 65 € pour la monture	Verres aux Frais réels + 105 € pour la monture
Votre reste à charge		**447 €**	**50 €**	**50 €**	**10 €**
Hors réseau kalixia Optique adulte Verres simple (Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)	400 € (dont 150 € la monture)	135 €	175 €	195 €	245 €
Votre reste à charge		**265 €**	**90 €**	**70 €**	**20 €**
Hors réseau kalixia Optique adulte Verres complexes (Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)	730 € (dont 150 € la monture)	283 €	377 €	397 €	437 €
Votre reste à charge		**447 €**	**70 €**	**50 €**	**10 €**
DENTAIRE					
Prothèse dentaire tarifs libres, couronne céramo-céramique (BR* 107,5 €)	800 €	532,13 €	161,25 €	241,88 €	267,87 €
Votre reste à charge		**267,87 €**	**106,62 €**	**25,99 €**	**0 €**
Implant dentaire	1 150 €	0 €	733,20 €	933,20 €	1 133,20 €
Votre reste à charge		**1 150 €**	**416,80 €**	**216,80 €**	**16,80 €**
Orthodontie Adulte Non remboursée par la Sécurité sociale (deux semestres avec une BR* 193,5 € chacun)	2 400 €	0 €	1 161 €	1 393,2 €	1 780,2 €
Votre reste à charge		**2 400 €**	**1 239 €**	**1 006,8 €**	**619,8 €**
HOSPITALISATION					
Chambre particulière (par nuitée)	110 €	0 €	76,99 €	96,99 €	106,99 €
Votre reste à charge		**110 €**	**33,01 €**	**13,01 €**	**3,01 €**
Opération Chirurgie Non OPTAM (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMC003 BR* 388,62 €)	1 600 €	1 165,86 €	0 €	0 €	388,62 €
Votre reste à charge		**434,14 €**	**434,14 €**	**434,14 €**	**45,52 €**

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

Copyright Energie mutuelle 2023 . Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 05_EM_SOCO_IEG_RBT-20230113

Les services d'Energie mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé

Téléconsultation médicale
24h/24 et 7j/7

Visible Patient Solution
Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical

Deuxième Avis Médical
Pour éclairer vos décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou situations médicales complexes



Ma famille

Energie Mutuelle Services*
aide-ménagère, garde d'enfants, transport à l'école et rapatriement d'un proche...

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

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

*selon votre garantie ou renfort

Mon budget

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

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne

« Habitant en zone rurale, il est appréciable de pouvoir solliciter un professionnel de santé à distance. Cela permet de nous rassurer sans avoir à se déplacer ou attendre le lendemain pour avoir un rendez-vous dans la grande ville d'à côté. »

Assistance Energie Mutuelle

– Farid

« J'étais en vacances avec mon épouse et mes petits-enfants dans les Alpes et je me suis tordu la cheville lors d'une randonnée. Mon épouse n'ayant pas le permis, nous avons contacté l'assistance pour trouver une solution de rapatriement. »

Deuxième Avis Médical

– Monique, atteinte d'un cancer du sein

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

09_EM_COMPIL_SERV_FIC-20221207

Assistance

Energie Mutuelle Services



Besoin d'une assistance ? Bénéficiez d'aides adaptées aux aléas de la vie.

Le service Energie Mutuelle Services est accessible sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

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

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

PRISE EN CHARGE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS
(garde, transport à l'école, rapatriement d'un proche) pour un parent hospitalisé

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

GARDIENNAGE D'ANIMAUX SUITE À UNE HOSPITALISATION, MALADIE OU ACCIDENT

PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE DÉPENDANTE AU DOMICILE PENDANT UNE HOSPITALISATION

AIDE LORS D'UNE IMMOBILISATION AU DOMICILE SUITE À UNE MALADIE OU ACCIDENT
(adhérent, conjoint, enfants)

Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « Energie Mutuelle Services » pour plus d'informations

09_EM_ASSIST_EM_SERV_FIC-20221207

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Energie mutuelle Groupe malakoff humanis

Téléconsultation Médicale

Energie Mutuelle Téléconsultation Médicale



Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ? Bénéficiez de notre service de téléconsultation Médicale 24h/24 et 7j/7

Le service de Téléconsultation Médicale vous permet de réaliser une consultation à distance, avec un médecin, et de vous apporter des réponses adaptées.

0 969 32 37 37
numéro dédié,
sans surcoût
(appel non surtaxé)

APPEL TRAITÉ DIRECTEMENT
par une équipe médicale
basée en France

SERVICE SÉCURISÉ ET DISPONIBLE 24H/24 – 7J/7
en France et partout dans le monde

EN LIEN DIRECT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT
si vous êtes d'accord

SI LE MÉDECIN LE JUGE NÉCESSAIRE
et avec votre accord, une ordonnance peut être transmise au phramacien de votre choix partout en Europe

QUAND FAIRE APPEL À CE SERVICE ?

- Impossibilité de joindre votre médecin traitant
- N'importe où en France et à l'étranger
- Depuis votre domicile, votre lieu de travail ou en vacances

Important : la téléconsultation médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée **« Energie mutuelle Téléconsultation Médicale »** pour plus d'informations

09_EM_TLC_EM_SERV_FIC-20221207

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Energie mutuelle Groupe malakoff humanis

Deuxième Avis

Pour éclairer vos décisions de santé



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

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

- **difficultés à s'assurer de la fiabilité de l'information** pour pouvoir faire les bons choix ;
- **difficultés à identifier un médecin** expert de sa pathologie ;
- **difficultés à obtenir un rendez-vous** avec un médecin expert dans des délais acceptables.

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

OBTENEZ SOUS 7 JOURS
un avis en ligne où que vous soyez

COMPTE-RENDU SIGNÉ
par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, avec votre accord

PRISE EN CHARGE COMPLÈTE DES FRAIS D'HONORAIRES

SÉCURITÉ DES DONNÉES DE SANTÉ

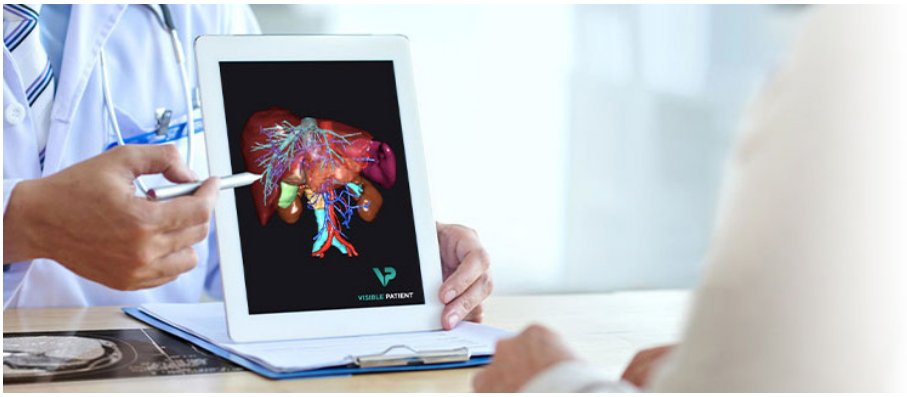
Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.

Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée **« Energie mutuelle Deuxième Avis Médical »** pour plus d'informations

09_EM_DAM_EM_SERV_FIC-20221207

Visible Patient

La modélisation 3D de vos organes



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) demandé par l'établissement ou le praticien à Visible Patient une copie virtuelle 3D de votre anatomie.

À l'aide de ce modèle 3D, votre médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à votre anatomie.

EXAMEN STANDARD

1. Je consulte un médecin
2. Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE

3. Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie
4. Mon médecin planifie et optimise l'opération à l'aide de mon modèle 3D

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

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

Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique

- Simplifie la planification
- Améliore les gestes opératoires
- Diminue les risques d'erreurs chirurgicales
- Facilite la compréhension de votre pathologie

3 000 PATIENTS

en ont déjà bénéficié

Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée **« Energie mutuelle Visible Patient »** pour plus d'informations

09_EM_VPS_EM_SERV_FIC-20221207

Réseaux de soins Kalixia

Des soins et des prestations de qualité au meilleur prix

Kalixia

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

DES PRIX NÉGOCIÉS

La prise en charge intégrale des verres et des traitements dans le réseau

- -20% sur les montures
- -30% sur les lentilles

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures
- Plus de 7 000 centres optiques

DES PRX ACCESSIBLES

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures,
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'un bon personnalisé.
- Plus de 5 100 centres audio

DES PRIX NÉGOCIÉS

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

UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent
- 500 ostéopathes partenaires

À retenir

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

Plus d'information sur energiemutuelle.fr/kalixia

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Energie mutuelle Groupe malakoff humanis

09_EM_KALIXIA_SERV_FIC-20221207

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2023
Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité – SIREN N°419 049 499

Produit : SODELI

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

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

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

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

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

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

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière (Psychiatrie : 45 jours / Médecine-Chirurgie : 120 jours).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 2 séances par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile.
- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 3 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.

Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.

✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

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

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

13_EM_SOD_IPID-20221125

ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire SIREN sous le n°419 049 499 – Siège social : 66 Avenue du Maine – 75014 PARIS.
AUXIA ASSISTANCE – Entreprise régie par le Code des Assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros – inscrite au RCS de Paris 351 733 761 – Siège social : 21 rue Lafitte - 75009 PARIS

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2023
Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité – SIREN N°419 049 499

Produit : CORT

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

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

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

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

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

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

LES GARANTIES NON RESPONSABLES (Prestations NR Cort)

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

LES GARANTIES OPTIONNELLES

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 € pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné.
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière (Psychiatrie : 45 jours / Médecine-Chirurgie : 120 jours).
- ! **Psychologue non psychothérapeute** : maximum 2 séances par année civile.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile.
- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 3 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Autres actes dentaires** : sur frais réels limités à 500 € par année civile.

Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) et à l'étranger.

✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

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

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

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

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

13_EM_CORT_IPID-20221125

ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire SIREN sous le n°419 049 499 – Siège social : 66 Avenue du Maine – 75014 PARIS.
AUXIA ASSISTANCE – Entreprise régie par le Code des Assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros – inscrite au RCS de Paris 351 733 761 – Siège social : 21 rue Lafitte - 75009 PARIS

FICHE D'INFORMATION ET DE CONSEIL

INFORMATIONS PRÉALABLES

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

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

VOTRE SITUATION PERSONNELLE ET FAMILIALE

Civilité : M. ◯ Mme ◯
Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : Sexe : M ◯ F ◯
Adresse :

Code postal : Ville :
e-mail :

Situation familiale : Marié(e) ◯ Célibataire ◯ Divorcé(e)/Séparé(e) ◯
Pacsé(e) ◯ Veuf(ve) ◯ Concubin ◯
Nombre d'enfants à charge fiscale :
Régime Sécurité sociale :
Vos contrats Energie Mutuelle :
Profession :

VOS BESOINS

La présente étude personnalisée a pour objectif de définir de façon claire et précise vos besoins afin de vous proposer le(s) contrat(s) le/les mieux adapté(s) à votre situation et besoin de couverture.
Votre attention est attirée sur le fait que notre conseil se fonde sur les informations que vous avez accepté de nous communiquer, lesquelles doivent être complètes et sincères pour permettre la délivrance d'un conseil adapté et vous orienter dans le choix de votre/vos contrat(s) garanties.

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

Vos souhaits de garanties sont les suivants :

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

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

HOSPITALISATION : ★ ★ ★ ★ ★
CONSULTATIONS : ★ ★ ★ ★ ★
OPTIQUE : ★ ★ ★ ★ ★
DENTAIRE : ★ ★ ★ ★ ★

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

Oui ☐ Non ☐

- **Qui souhaiteriez-vous assurer ?**

Vous seul ☐ Toute la famille ☐

VOS CONSEILLERS DISTRIBUTEURS

Energie Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro SIREN 419 049 499, dont le siège social est sis 66 avenue du Maine - 75014 PARIS agissant en qualité d'assureur.
Les conseillers d'Energie Mutuelle chargés de présenter les opérations d'assurance sont rémunérés sous la forme d'une rémunération fixe et d'une partie variable le cas échéant.

NOTRE PRÉCONISATION

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

→ -

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

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

VOS DÉCLARATIONS

Je reconnais avoir pris connaissance et conservé un exemplaire de la présente fiche d'information et de conseil dont j'atteste l'exactitude du contenu quant aux informations communiquées par mes soins.
J'atteste par la présente avoir reçu une information détaillée sur l'étendue, la définition des risques et des garanties proposées.
J'atteste également qu'un exemplaire du/des documents standardisés d'information sur les contrats (IPID) et un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du/de(s) contrat(s) m'ont été remis préalablement à ma signature de la/de(s) demande(s) d'adhésion au(x) contrat(s) ci-dessus proposé(s).
Je reconnais que les préconisations formulées par le conseiller quant au(x) contrat(s) et garanties préconisées sont adaptées aux besoins d'assurance que j'ai exprimé dans la présente étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil.

SIGNATURE

Fait, à ,le

Vous (nom, prénom)

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Protection des données

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectés que :
Energie Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par courriel à l'adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou par courrier : Energie Mutuelle, Correspondant Délégué à la Protection des Données – 4 rue Fulton – 49000 ANGERS.
De ce fait, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post mortem. Vous possédez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motif légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.
Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est exercée de manière ciblée.
Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.
J'accepte de recevoir des informations concernant les offres de produits et services de Energie Mutuelle.
La liste des oppositions au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.
Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Contacter Energie mutuelle

Vous souhaitez adhérer à l'une de nos garanties ?

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

0 969 32 15 75 Service gratuit + prix appel

Par mail à :
adherer@energiemutuelle.fr

Par courrier,
adressez votre adhésion à :
Energie mutuelle
66 rue du Maine
75014 PARIS

Vous souhaitez communiquer avec Energie mutuelle ?

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

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

Par Internet 24h/24 et 7j/7
via l'espace adhérent **adh.energiemutuelle.fr**
ou via l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google Play ou App Store, en flashant le QR code :

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Gestion de votre contrat certifié iso 9001 : 2015

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Energie mutuelle - 66 avenue du Maine 75014 PARIS - energiemutuelle.fr
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

Copyright Energie mutuelle 2023. Document non contractuel. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. Getty Images. 07_EM_SOCO_IEG_KIT-20230113