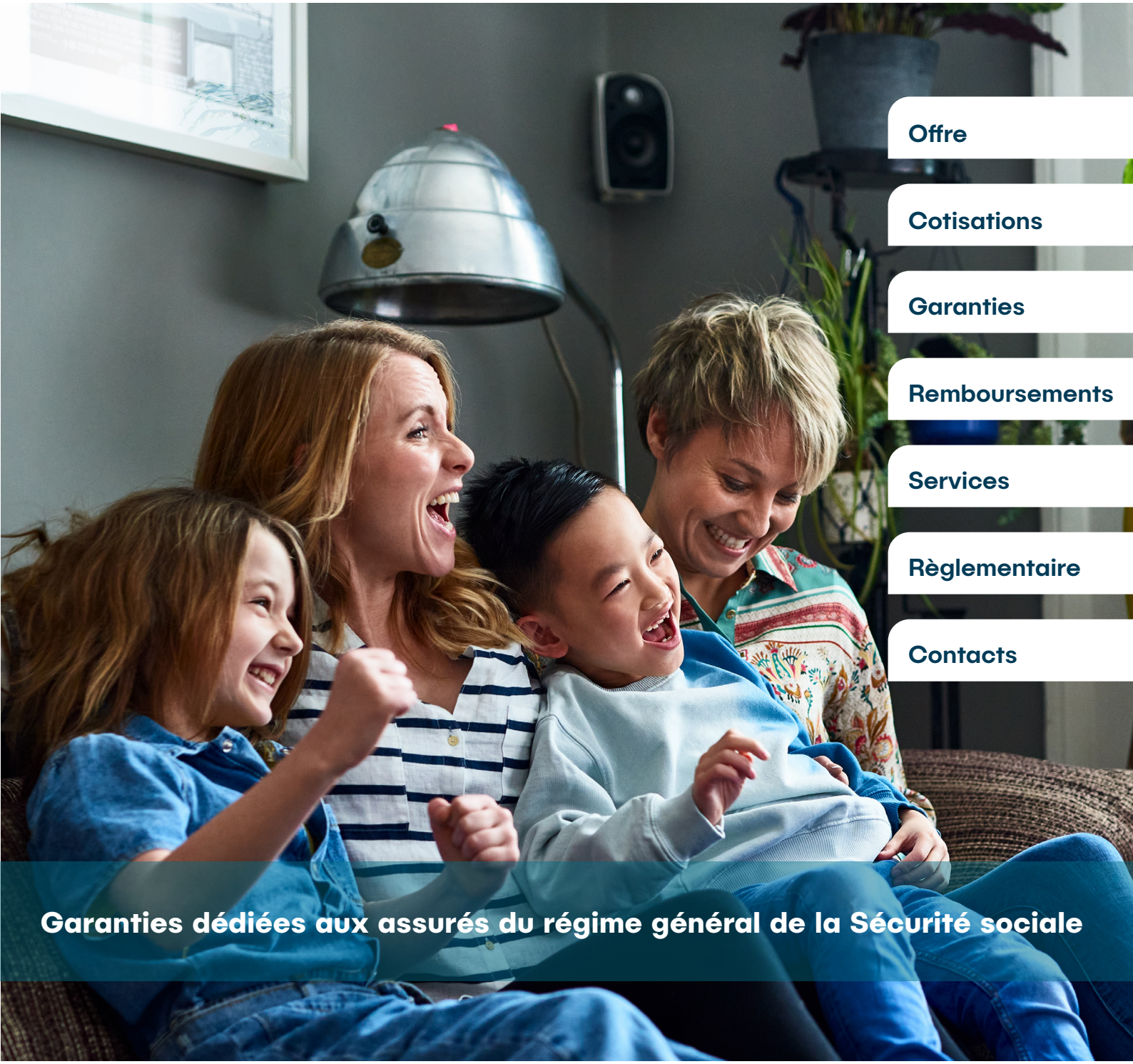
Oxygène et Essentiel,
la complémentaire qui répond à vos besoins



Offre

Cotisations

Garanties

Remboursements

Services

Règlementaire

Contacts

Garanties dédiées aux assurés du régime général de la Sécurité sociale

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Oxygène et Essentiel

Votre santé en toute tranquilité

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

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

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

- Des tarifs préférentiels avec Kalixia, le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie
- Une assistance (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante en cas d'hospitalisation, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, ...)
- Des services de télémédecine (téléconsultation médicale, deuxième avis médical, imagerie 3D)

"Je recherche une couverture : "

	Economique pour les soins de la vie courante Je choisis **Oxygène 1**	**Equilibrée avec des cotisations maîtrisées** Je choisis **Oxygène 2**	**Complète et confortable** Je choisis **Essentiel 1**	**Optimale pour répondre à des besoins en santé importants** Je choisis **Essentiel 2**
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 mensuelles* 2023

	Oxygène 1		Oxygène 2	
	Seul	Couple	Seul	Couple
	€ / mois*	€ / mois*	€ / mois*	€ / mois*
Né en 1992 et après	38,51 €	76,71 €	56,33 €	112,37 €
Né entre 1982 et 1991	39,43 €	78,56 €	57,67 €	115,04 €
Né entre 1972 et 1981	44,25 €	88,21 €	63,99 €	127,70 €
Né entre 1962 et 1971	50,72 €	101,11 €	79,79 €	159,34 €
Né entre 1952 et 1961	76,47 €	152,67 €	98,78 €	197,29 €
Né entre 1942 et 1951	90,98 €	181,65 €	128,84 €	257,38 €
Né entre 1932 et 1941	134,51 €	268,73 €	157,30 €	314,28 €
Né avant 1931	147,40 €	294,50 €	187,37 €	374,43 €
Enfant	33,78 €		50,11 €	

	Essentiel 1		Essentiel 2	
	Seul	Couple	Seul	Couple
	€ / mois*	€ / mois*	€ / mois*	€ / mois*
Né en 1992 et après	124,29 €	248,26 €	177,31 €	354,32 €
Né entre 1982 et 1991	127,24 €	254,20 €	181,55 €	362,80 €
Né entre 1972 et 1981	133,58 €	266,87 €	190,61 €	380,85 €
Né entre 1962 et 1971	139,88 €	279,48 €	199,62 €	398,91 €
Né entre 1952 et 1961	147,79 €	295,27 €	208,69 €	417,00 €
Né entre 1942 et 1951	171,52 €	342,78 €	237,61 €	474,87 €
Né entre 1932 et 1941	195,24 €	390,20 €	266,50 €	532,68 €
Né avant 1931	220,55 €	440,78 €	297,22 €	594,12 €
Enfant	62,44 €		89,03 €	

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 % ou 20,27 % selon la nature des garanties.

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

OXYGÈNE & ESSENTIEL

POUR LES PERSONNES EXTÉRIEURES AUX IEG

PRESTATIONS 2023

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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	RÉGIME GÉNÉRAL[5]	OXYGÈNE[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]		ESSENTIEL[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]	
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrie, 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'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 en établissement conventionné	80 % / 100 %	130 % / 130 %	130 % / 130 %	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné (dans la limite de 5 300 €)	80 % / 100 %	130 % / 130 %	130 % / 130 %	90 % des Frais réels	90 % des Frais réels
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer	Sans reste à payer	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 %	150 % / 150 %	150 % / 150 %	400 % / 400 %	400 % / 400 %
Actes des médecins **non signataires** de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	150 % / 150 %	150 % / 150 %	200 % / 200 %	200 % / 200 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels	100 % des Frais réels
Chambre particulière**					
Hospitalisation complète yc maternité, par nuitée	-	55 €	60 €	50 €	70 €
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	30 €	30 €	30 €	30 €
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans et ascendant de plus de 70 ans)	-	40 € / jour	45 € / jour	30 € / jour	30€ / jour
Frais de transport	65 %	100 %	100 %	200 %	250 %

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[5]	OXYGÈNE[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]		ESSENTIEL[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]	
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)					
Généraliste					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM[1])	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
Spécialiste					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
Actes techniques médicaux					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Actes d'imagerie médicale					
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques	70 %	100 %	150 %	200 %	250 %
Auxiliaires médicaux	60 %	100 %	110 %	210 %	250 %
Consultation de psychologue remboursée par la Sécurité sociale					
Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurite sociale. Liste des psychologues et conditions disponibles sur ameli.fr	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	60 %	100 %	110 %	210 %	250 %
Frais de transport	65 %	100 %	100 %	200 %	250 %
Médicaments					
Médicaments remboursés à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés à 15 %	15 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pansements	60 %	100 %	100 %	100 %	120 %
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étiopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature)**, séances par année civile et par bénéficiaire** (maximum 6 séances)	-	30 € par séance	30 € par séance	30 € par séance	30 € par séance

Vos avantages

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

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	RÉGIME GÉNÉRAL[5]	OXYGÈNE[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]		ESSENTIEL[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]	
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
OPTIQUE					

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

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

Équipement 100% Santé[2] (Classe A)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	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 %	60 % + 70 €	60 % + 70 €	60 % + 80 €	60 % + 80 €
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 80 €	60 % + 80 €	60 % + 90 €	60 % + 155 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 80 €	60 % + 80 €	60 % + 90 €	60 % + 155 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 165 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 85 €	60 % + 85 €	60 % + 95 €	60 % + 160 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 120 €	60 % + 120 €	60 % + 120 €	60 % + 170 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 50 €	60 % + 50 €	60 % + 80 €	60 % + 80 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 75 €	60 % + 75 €	60 % + 90 €	60 % + 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 %	60 % + 70 €	60 % + 70 €	60 % + 80 €	60 % + 80 €
Par verre simple[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 80 €	60 % + 80 €	60 % + 90 €	60 % + 155 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 80 €	60 % + 80 €	60 % + 90 €	60 % + 155 €
Par verre complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 100 €	60 % + 165 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 85 €	60 % + 85 €	60 % + 95 €	60 % + 160 €
Par verre très complexe[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 120 €	60 % + 120 €	60 % + 120€	60 % + 170 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans)	60 %	60 % + 50 €	60 % + 50 €	60 % + 80 €	60 % + 80 €
Par monture de lunettes[4] (par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans)	60 %	60 % + 75 €	60 % + 75 €	60 % + 90 €	60 % + 90 €
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B* **	60 %	120 %	120 %	120 %	120 %

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	RÉGIME GÉNÉRAL[5]	OXYGÈNE[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]		ESSENTIEL[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]	
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
OPTIQUE (suite)					
Lentilles					
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré					
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait par bénéficiaire et par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	60 % + 155 €	60 % + 220 €	60 % + 285 €	60 % + 400 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale – forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	270 €	375 €
VOS AVANTAGES KALIXIA ● Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles					
HORS RÉSEAU KALIXIA					
Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale (forfait par bénéficiaire et par année civile, prise en charge du ticket modérateur au-delà)	60 %	60 % + 155 €	60 % + 220 €	60 % + 285 €	60 % + 400 €
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale – forfait par année civile par bénéficiaire	-	60 €	95 €	270 €	375 €
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) **non prise en charge par la Sécurité sociale** (forfait par année civile et par œil)	-	100 €	150 €	180 €	300 €

DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par le Régime Général et en complément par la garantie souscrite dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale.
** 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 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE					
Soins et Prothèses autres que 100% Santé					
Soins dentaires	70 %	100 %	120 %	200 %	250 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	100 %	120 %	200 %	250 %
Radiologie dentaire	70 %	100 %	120 %	200 %	250 %
Prothèses dentaires à tarifs modérés	70 %	150 %	240 %	370 %	470 %
Prothèses dentaires à tarifs libres	70 %	150 %	240 %	370 %	470 %
Orthodontie	70 % / 100 %	180 % / 180 %	270 % / 270 %	400 % / 400 %	470 % / 470 %
Le cumul des remboursements des prothèses à tarifs libres et de l'orthodontie ne peut excéder annuellement par bénéficiaire (ticket modérateur pris en charge au-delà)	-	550 €	700 €	700 €	1 000 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE					
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile	-	25 % des Frais réels	30 % des Frais réels	50 % des Frais réels	70 % des Frais réels
Couronne ou stellite provisoire dans la limite de 5 dents par année civile :					
- 1 ou 2 dents	-	43 €	51 €	60 €	69 €
- 3 dents	-	86 €	103 €	120 €	137 €
- Par dent supplémentaire	-	34 €	34 €	34 €	34 €
Implantologie - Par implant, par année civile et par bénéficiaire, (maximum 3)**	-	400 €	400 €	450 €	600 €
Parodontologie : forfait par année civile et par bénéficiaire	-	200 €	250 €	300 €	400 €

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.	RÉGIME GÉNÉRAL[5]	OXYGÈNE[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]		ESSENTIEL[6] + RÉGIME GÉNÉRAL[5]	
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 1	OPTION 2
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE - AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE					
* La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge est assurée par le Régime général et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.					
Paniers de soins sans reste à charge (aides auditives de classe I - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*	Sans reste à payer*
Orthopédie, prothèse médicales (y compris capillaires de classe II) et aides auditives de classe II acceptées par la Sécurité sociale	60 %	100 %	110 %	110 %	120 %
+ Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	155 €	180 €	460 €	620 €
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) **et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale - forfait par année civile et par bénéficiaire**	60 %	60 % + 60 €	60 % + 60 €	60 % + 60 €	60 % + 60 €
Forfait Équipement Handicap : équipements et réparation (hors entretien) **pour les handicaps moteurs et visuels** (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80 % ou de la nouvelle Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité)	-	500 € / an	500 € / an	500 € / an	500 € / an

VOS AVANTAGES KALIXIA

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

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

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

Abréviations :
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMIEG** : Caisse du Régime Obligatoire d'Assurances Maladie des Industries Electriques et Gazières. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **PMSS :** Plafond mensuel de la Sécurité sociale (*soit au 01/01/2023 : 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.

Pour les contrats solidaires et responsables, ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 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 le Régime Général sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.
(6) Hors remboursement du Régime Général.

Copyright Energie mutuelle 2023. Ce document est la propriété d'Energie mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_EM_OXY_ESS_TGDEV-20230117

Exemples de remboursements

	Dépense	Remboursement Sécurité sociale	Remboursement Energie mutuelle			
			Oxygène 1	Oxygène 2	Essentiel 1	Essentiel 2
SOINS COURANTS						
Consultation médecin généraliste (Non OPTAM, BR* 23 €)	30 €	15,1 €	6,9 €	13,8 €	13,9 €	13,9 €
Votre reste à charge**		**14,9 €**	**8 €**	**1,1 €**	**1 €**	**1 €**
Consultation médecin spécialiste (Non OPTAM, BR* 23 €)	50 €	15,1 €	6,9 €	13,8 €	25,3 €	29,9 €
Votre reste à charge**		**34,9 €**	**28 €**	**21,1 €**	**9,6 €**	**5 €**
Consultation d'Ostéopathe	50 €	0 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Votre reste à charge		**50 €**	**20 €**	**20 €**	**20 €**	**20 €**
Acte d'imagerie médicale Non OPTAM (Radiographie de la cheville code CCAM NGQK002 BR* 23,86 €)	45 €	16,7 €	7,16 €	19,09 €	28,3 €	28,3 €
Votre reste à charge		**28,3 €**	**21,14 €**	**9,21 €**	**0 €**	**0 €**
OPTIQUE						
Optique adulte Verres simple	220 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	219,91 €	219,91 €	219,91 €	219,91 €
Votre reste à charge		**219,91 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Optique adulte Verres complexes	420 € (dont 70 € la monture)	0,09 €	269,97 €	269,97 €	269,97 €	399,97 €
Votre reste à charge		**419,91 €**	**149,94 €**	**149,94 €**	**149,94 €**	**19,94 €**
DENTAIRE						
Prothèse dentaire 100% santé Couronne céramique (BR* 120 €)	400 €	84 €	316 €	316 €	316 €	316 €
Votre reste à charge		**316 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**
Prothèse dentaire tarifs maitrisés Couronne Céramique-monolithique (BR* 120 €)	500 €	84 €	96 €	204 €	360 €	416 €
Votre reste à charge		**416 €**	**320 €**	**212 €**	**56 €**	**0 €**
Prothèse dentaire tarifs libres Couronne Céramo-céramique (BR* 107,5 €)	600 €	75,25 €	86 €	182,75 €	322,5 €	430 €
Votre reste à charge		**524,75 €**	**438,75 €**	**342 €**	**202,25 €**	**94,75 €**
Implant dentaire	900 €	400 €	400 €	400 €	450 €	600 €
Votre reste à charge		**500 €**	**500 €**	**500 €**	**500 €**	**300 €**
HOSPITALISATION						
Chambre particulière (par nuitée)	90 €	0 €	55 €	60 €	50 €	70 €
Votre reste à charge		**90 €**	**35 €**	**30 €**	**40 €**	**20 €**
Opération Chirurgie Non OPTAM (Remplacement de l'articulation coxofémorale Code CCAM NEKA020 BR* 459,8 €)	920 €	459,8 €	137,94 €	137,94 €	459,8 €	459,8 €
Votre reste à charge		**460,20 €**	**322,26 €**	**322,26 €**	**0,4 €**	**0,4 €**

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

Copyright Energie mutuelle 2023. Document non contractuel. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 05_EM_OXY_ESS_RBT-20230117

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...

*selon votre garantie ou renfort

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

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

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

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

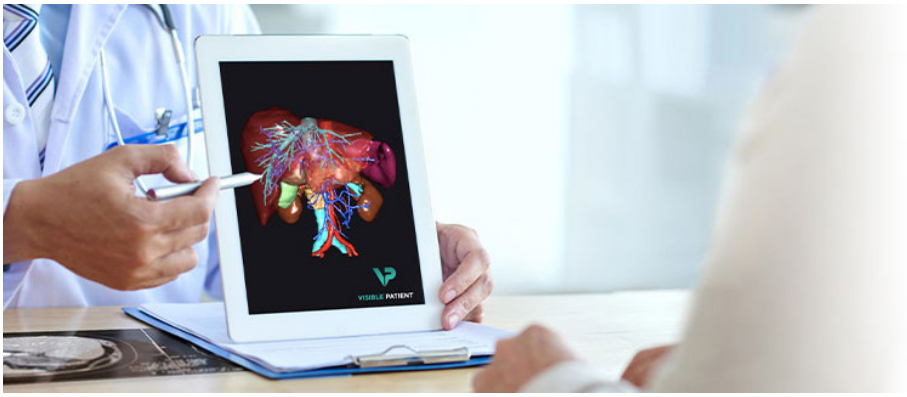
Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.

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

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

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

09_EM_KALIXIA_SERV_FIC-20221207

Assurance Complémentaire 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 : OXYGÈNE

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

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les 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).
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile
- ! **Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Prothèses dentaires, Parodontologie et Implants non remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Couronnes ou stellites provisoires** : 5/an.

Où suis-je couvert(e) ?

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

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

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 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), en nous adressant par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

13_EM_OXY_IPID-20221125

Assurance Complémentaire 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 : ESSENTIEL

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

Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

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

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

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

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

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les 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).
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 6 séances par année civile.
- ! **Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Prothèses dentaires, Parodontologie et Implants non remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels.
- ! **Implant dentaire** : maximum 3 par année civile. Délai de carence de 3 mois postérieure à l'adhésion.
- ! **Couronnes ou stellites provisoires** : 5/an.

Où suis-je couvert(e) ?

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

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

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le 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), en nous adressant par tous moyens contractuels au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant par tous moyens contractuels dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de modification du contrat à la suite d'une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.

13_EM_ESS_IPID-20221125

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 avenue 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_OXY_ESS_KIT-20230117