

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2021

Organisme : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité – SIREN N°419 049 499

Produit : PREFERENCE

**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 Complémentaire Santé 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 dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaire 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 PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, Honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Forfait journalier, Forfait Patient Urgence, Chambre particulière (complète, ambulatoire, maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoire, Analyses hors nomenclature, frais de transport, Médicaments sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, Pansements, Contraception prescrite non remboursée, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, Majoration des soins courants de 50% (Médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80 % ou de la carte mobilité Inclusion mention Invalidité
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 équipement/an), Lentilles refusées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables, Chirurgie corrective non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Implantologie, Couronnes, Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Couronne ou stellite provisoire, Parodontologie et Autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical – Appareillage** : Orthopédie et prothèse médicale, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale
- ✓ **Aide auditive** : Équipement auditif accepté par la Sécurité sociale (y compris accessoires, fournitures et entretien)
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, Vaccin, Ostéodensitométrie non remboursée, Pack prévention

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

### 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)
- ✗ 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 boîtes 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 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 34 € par séance (12 séances par année civile)
- ! **Implant ou couronne sur implant dentaire** : maximum 5 par année civile
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel
- ! **Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale** : sur frais réels limités à 500€ par année civile



## Où suis-je couvert ?

- ✓ 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

#### A la souscription du contrat :

- Membres participants, ex-agent des IEG, ayants droit d'un agent actif ou d'un agent retraité des IEG ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des IEG (CCAS) ou conjoints ou veuf(ves) actifs ou retraités, et ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Électriques et Gazières, et pour lesquels Energie Mutuelle intervient comme premier régime complémentaire au régime de Sécurité Sociale
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle
- 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 événements suivants, par lettre recommandée, 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 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 1<sup>er</sup> jour du mois en cours à réception du dossier complet, 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 1<sup>er</sup> jour du mois suivant. Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> 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
- Le membre participant peut mettre fin à son adhésion et/ou demander la radiation d'un de ses ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande de résiliation par tous moyens contractuels au moins 2 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 suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur