



Je suis un futur retraité des IEG

**je souhaite bénéficier de l'offre MUTIEG Retraités**



[Offre](#)

[Cotisations](#)

[Garanties](#)

[Remboursements](#)

[Services](#)

[Règlementaire](#)

[Contacts](#)

**Mutieg Retraités est dédiée aux futurs retraités des IEG  
et à leurs ayants droit bénéficiaires de la CAMIEG**

# MUTIEG Retraités

## Votre mutuelle santé en toute tranquillité

Bientôt retraités des IEG et vous bénéficiez de la Camieg ?  
La garantie MUTIEG Retraités a été pensée pour vous et vos ayants droit.  
MUTIEG Retraités vous offre une couverture santé adaptée aux besoins des séniors

Elle intervient en troisième niveau après la part complémentaire Camieg.  
Vous pouvez également maintenir le renfort Sodeli et Cort que vous avez souscrit ou décider d'y adhérer pour mieux couvrir vos dépassements d'honoraires, vos frais dentaires, d'optique, d'hospitalisation et bénéficier de nombreux avantages :

- Des remboursements complémentaires à la couverture MUTIEG Retraités sur les principaux postes de santé
- 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 télémedecine (téléconsultation médicale, deuxième avis médical)
- Un accès à la plateforme Libhéros et au réseau de partenaires Médoucine.

"Je recherche une couverture : "

	<b>Equilibrée et des cotisations maîtrisées</b> Je choisis <b>MUTIEG Retraités</b>	<b>Complète et confortable</b> Je choisis <b>MUTIEG Retraités + eSodeli</b>	<b>Optimale pour répondre parfaitement à vos besoins</b> Je choisis <b>MUTIEG Retraités + eCort</b>
Soins courants	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Pharmacie	● ● ● ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Optique	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Dentaire	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Hospitalisation	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Matériel médical	● ● ○ ○	● ● ● ○	● ● ● ●
Services	● ● ● ○	● ● ● ●	● ● ● ●

## MUTIEG Retraités

# Votre cotisation 2025

La garantie Mutieg retraités est réservée aux membres participants, et ses ayants droits, bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières, bénéficiaires d'une pension de retraite à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2025 et âgés de 65 ans au plus.

### Cotisations mensuelles 2025 TTC\* en euros par bénéficiaire

#### MUTIEG Retraités | Garantie principale

	Adulte	Conjoint
Moins de 60 ans	45,69 €	43,41 €
De 60 ans à 64 ans	52,05 €	49,45 €
De 65 ans à 69 ans	60,61 €	57,58 €
De 70 ans à 74 ans	69,49 €	66,02 €
De 75 ans à 79 ans	79,89 €	75,90 €
De 80 ans à 84 ans	92,42 €	87,80 €
85 ans et plus	109,54 €	104,06 €
Enfant moins de 26 ans	18,39 €	



#### 1 mois de cotisations offert

pour tout nouveau contrat MUTIEG Retraités souscrit entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2025

Offre réservée aux nouveaux adhérents santé individuelle. Pour bénéficier du mois gratuit, il vous suffit de compléter ce bulletin d'adhésion accompagnée de toutes les pièces justificatives requises. La gratuité sera appliquée à l'issue de la période de renonciation au contrat et sur le mois consécutif suivant, pour l'assuré et l'ensemble de ses ayants droit bénéficiaires. Votre appel de cotisation vous informera précisément de cette réduction.

**Cette réduction s'applique à MUTIEG Retraités et ne concerne pas les cotisations des options eSodeli ou eCort.**

#### Cotisations eSodeli ou eCort | Option facultative

	Isolé	Famille
eSodeli	11,68 €	22,94 €
eCort**	30,77 €	60,23 €

\* 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.

\*\* Incluant les prestations nrCort, dépassements d'honoraires Non OPTAM, montures et audiologie : 3,23 € l'isolé et 6,36 € la famille.

Pour les prestations nrCort 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.

# MUTIEG Retraités eSodeli et eCort 2025

Pour les nouveaux retraités de la Branche des Industries Electriques et Gazières

Ce tableau présente la grille des remboursements MUTIEG Retraités, eSodeli et eCort qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/07/2025.

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 (BR) de la Sécurité sociale, en forfait en euros ou une combinaison des deux ou à l'aide d'une mention spécifique. Les pourcentages viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale sauf mention contraire.

Les forfaits exprimés en euros par an et par bénéficiaire s'entendent par année civile, sauf indication spécifique, en complément du régime obligatoire d'assurance maladie.

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et par tout autre organisme complémentaire.

	Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
	Régime de base	Régime complémentaire			
<b>+</b> SOINS COURANTS					
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %	120 %	160 %
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) - nrCORT	70 %	50 %	40 %	80 %	140 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	80 %	80 %	280 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	110 %	160 %
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non-signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) - nrCORT	70 %	50 %	80 %	80 %	130 %
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature), nombre global de séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	34 € par séance (maximum 12 séances)	34 € par séance (maximum 12 séances) + 25 € par séance (maximum 6 séances) <sup>(2)</sup>	34 € par séance (maximum 12 séances) + 35 € par séance (maximum 6 séances) <sup>(2)</sup>
Consultation de psychologue, séances par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	25 € par séance (maximum 2 séances)	35 € par séance (maximum 4 séances)
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %	80 %	120 %
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS (27,48 €) par année civile	0,7 % du PMSS (27,48 €) + 35 € par année civile	0,7 % du PMSS (27,48 €) + 50 € par année civile
Médicaments prescrits non remboursés, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	-	-	25 €	50 €
Pansements	60 %	60 %	40 %	190 %	240 %

Le taux de remboursement est majoré de 50 % (sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO<sup>(1)</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, 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-ACO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous. (2) y compris méthode Mézières.

## VOS AVANTAGES

- Bénéficiez de notre réseau Kalixia ostéopathes (honoraires négociés, charte qualité)
- Trouvez un praticien de médecine douce de confiance et de qualité grâce à son réseau de thérapeutes Medoucine
- Accédez à la plateforme libheros pour faciliter l'organisation de leurs soins à domicile

Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
Régime de base	Régime complémentaire			

## OPTIQUE

(1) La prise en charge de la MUTIEG Retraités 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 MUTIEG Retraités (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 réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65).

(2) 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 prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.

\* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage 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).

\*\*\*\* Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge.

**Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :**

- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) - nrCORT	60 %	35 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 34,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €)	140 € sous déduction du remboursement de la Camieg (35 €) et de MUTIEG Retraités (65 €)

**Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :**

- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) - nrCORT	60 %	77 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 76,97 € pour le régime complémentaire) <sup>(2)</sup>	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77 €)	Plafond du contrat responsable (100 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)	140 € sous déduction du remboursement de la Camieg (77 €) et de MUTIEG Retraités (23 €)

**Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :**

- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50 € Complexe : 124 € Très complexe : 185 €	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous)	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous) + 10 € pour les verres simples, + 15 € pour les verres complexes, 20 € pour les verres très complexes	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous) + 15 € pour les verres simples, + 20 € pour les verres complexes, 25 € pour les verres très complexes
Hors réseau Kalixia <sup>(1)</sup>			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Dans le réseau Kalixia <sup>(1)</sup>					

	Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
	Régime de base	Régime complémentaire			
<b>OPTIQUE (suite)</b>					
<b>Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :</b>					
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) : Hors réseau Kalixia <sup>(1)</sup>	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous)	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous) + 10 € pour les verres simples, + 15 € pour les verres complexes, 20 € pour les verres très complexes	Grille optique MUTIEG Retraités (se référer à la grille ci-dessous) + 15 € pour les verres simples, + 20 € pour les verres complexes, 25 € pour les verres très complexes
Dans le réseau Kalixia <sup>(1)</sup>			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B ***	60 %	60 %	-	-	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (58,88 €) par année civile	1,5 % du PMSS (58,88 €) par année civile + 30 €	1,5 % du PMSS (58,88 €) par année civile + 60 €
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un 2 <sup>ème</sup> équipement par année civile)	60 €	645 % de la BR	-	120 €	240 €
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (288,49 €) par année civile ****	7,35 % du PMSS (288,49 €) par année civile + 30 € ****	7,35 % du PMSS (288,49 €) par année civile + 60 € ****
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS (1 256 €) par année civile et par œil	32 % du PMSS (1 256 €) par année civile et par œil + 200 €	32 % du PMSS (1 256 €) par année civile et par œil + 350 €

## VOS AVANTAGES KALIXIA

Les avantages accordés par le réseau Kalixia sont subordonnés à ce que l'assuré ne refuse pas le tiers payant proposé systématiquement par l'opticien du réseau. 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
- Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles

## GRILLE OPTIQUE

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garantie ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille Optique des verres :

Grille optique MUTIEG Retraités pour Adulte (à partir de 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,25-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique MUTIEG Retraités pour Enfant (- 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,25-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre simple Verre complexe Verre très complexe

(a) Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

La prise en charge des verres s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif aux plafonds des contrats responsables (décret du 31 ++ 2019 n°2019-65)

	Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
	Régime de base	Régime complémentaire			
<b>DENTAIRE</b>					
<b>SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>					
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes)	60 %	60 %	100 %	100 %	150 %
Stomatologues	70 %	50 %	100 %	100 %	150 %
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)	60 %	60 %	100 %	100 %	150 %
Soins (Inlay-Onlay)	60 %	60 %	100 %	150 %	250 %
Radiologie dentaire	60 %	60 %	100 %	100 %	100 %
<b>PROTHESES DENTAIRES</b>					
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis règlementairement) <sup>(1)</sup>	60 %	435 %	Sans reste à charge <sup>(1)</sup>	Sans reste à charge <sup>(1)</sup>	Sans reste à charge <sup>(1)</sup>
- Panier reste à charge maîtrisé	60 %	435 %	150 %	225 %	300 %
- Panier tarifs libres :	60 %	435 %	150 %	225 %	300 %
- prothèses					
- couronne sur Implant	60 %	435 %	10,5 % du PMSS (412,13 €) par couronne sur implant (max. 5 par an)	10,5 % du PMSS (412,13 €) par couronne sur implant (maximum 5 par an) + 100 € (max. 3 par an)	10,5 % du PMSS (412,13 €) par couronne sur implant (maximum 5 par an) + 200 € (max. 3 par an)
<b>Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :</b>					
- 1 à 2 dents	-	-	2 % du PMSS (78,50 €)	2 % du PMSS (78,50 €) + 7 €	2 % du PMSS (78,50 €) + 35 €
- 3 dents	-	-	4 % du PMSS (157,00 €)	4 % du PMSS (157,00 €) + 15 €	4 % du PMSS (157,00 €) + 65 €
- par dent supplémentaire	-	-	1 % du PMSS (39,25 €)	1 % du PMSS (39,25 €)	1 % du PMSS (39,25 €) + 15 €
<b>ORTHODONTIE</b>					
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	260 %	200 %	280 %	360 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300 %	360 %	460 %
<b>AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :</b>					
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	150 %	150 % + 5 % des frais limités à 1 000 €	150 % + 10 % des frais limités à 1 000 €
Implants - maximum 5 implants pour MUTIEG Retraités et 3 implants pour eSodeli et eCort, par année civile et par bénéficiaire <sup>(3)(4)</sup>	-	-	20 % du PMSS (785,00 €) par implant	20 % du PMSS (785,00 €) + 200 € par implant	20 % du PMSS (785,00 €) + 400 € par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) <sup>(2)</sup>	-	-	8,4 % du PMSS (329,70 €) par année civile	8,4 % du PMSS (329,70 €) + 250 € par année civile	8,4 % du PMSS (329,70 €) + 500 € par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-	30 % des frais réels par année civile	40 % des frais réels par année civile	60 % des frais réels par année civile

(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la MUTIEG Retraités 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.

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

(3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».

(4) 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 pour les garanties eSodeli et eCort uniquement. Pendant le délai de carence, l'implant n'est pas remboursé par la garantie souscrite.

<b>MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE</b>					
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %	100 %	150 %	200 %
Véhicule pour personne en situation de handicap accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 532,50 €)	90 % du PMSS (3 532,50 €)	90 % du PMSS (3 532,50 €)
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

Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
Régime de base	Régime complémentaire			



## AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 fixée à 1700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)

Remboursement du 1 <sup>er</sup> juillet 2025 :					
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	-	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) ** : Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale - nrCORT	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-	200 €
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale - nrCORT	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-	400 €
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ***	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (54,95 €) par année civile	1,4 % du PMSS (54,95 €) + 25 € par année civile	1,4 % du PMSS (54,95 €) + 50 € par année civile

\* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.

\*\* La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsable de 1700 € par oreille.

\*\*\* Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.

## 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



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

Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>®</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné	80 % / 100 %	20 % / 0 % Honoraires : 220 % / 200 %	100 %	100 %	200 %
Forfait patient urgences*	-	sans reste à payer	-	-	-
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO <sup>®</sup> pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) -nrCORT	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	-	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L. 174-4 du CSS	-	-	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1 % du PMSS (39,25 €)	1 % du PMSS (39,25 €) + 15 €	1 % du PMSS (39,25 €) + 20 €
Frais d'accompagnant en hospitalisation (adulte de plus de 70 ans)	-	-	-	20 € / jour	25 € / jour
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)**	-	-	2,1 % du PMSS (82,43 €)	2,1 % du PMSS (82,43 €) + 20 €	2,1 % du PMSS (82,43 €) + 30 €
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-	1,12 % du PMSS (43,96 €)	1,12 % du PMSS (43,96 €)	1,12 % du PMSS (43,96 €)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1 % du PMSS (82,43 €)	2,1 % du PMSS (82,43 €) + 20 €	2,1 % du PMSS (82,43 €) + 30 €

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

- Les remboursements de la MUTIEG Retraités en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.

- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.

- Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, 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 l'enfant est hospitalisé ;

- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

\*\* La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie et à 120 jours en médecine/chirurgie pour les garanties eSodeli et eCort uniquement.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, 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-ACO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

## VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit**, premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - [comparhospit-chercher.kalixia.fr](http://comparhospit-chercher.kalixia.fr)
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves
- 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
- Trouvez un praticien de médecine douce de confiance et de qualité grâce à son réseau de thérapeutes Medoucine

	Camieg		MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + eSodeli	MUTIEG Retraités + eCort
	Régime de base	Régime complémentaire			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %	8 % du PMSS (314,00 €)	8 % du PMSS (314,00 €) + 175 €	8 % du PMSS (314,00 €) + 200 €
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS (68,69 €)	1,75 % du PMSS (68,69 €) + 20 €	1,75 % du PMSS (68,69 €) + 75 €
Contraception non remboursée : Pilules de 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	1,75 % du PMSS (68,69 €)	1,75 % du PMSS (68,69 €) + 35 €	1,75 % du PMSS (68,69 €) + 100 €
Ostéodensitométrie	70 %	50 %	2,8 % du PMSS (109,90 €)	2,8 % du PMSS (109,90 €)	2,8 % du PMSS (109,90 €)
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 <a href="http://Ameli.fr">Ameli.fr</a> )	sans reste à payer		sans reste à payer	sans reste à payer	sans reste à payer
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse - psychothérapeute non psychologue* - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer - test Hémo occult, tensiomètres prescrits par un médecin	-	-	3,85 % du PMSS (151,11 €) par année civile	3,85 % du PMSS (151,11 €) par année civile + 100 €	3,85 % du PMSS (151,11 €) par année civile + 200 €
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 (sur présentation de justificatifs)	-	-	-	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 €

\* Non accessible avec la garantie MUTIEG Retraités (accessibles avec les options eSodeli et eCort)

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

Les remboursements de MUTIEG Retraités, eSodeli ou eCort, complètent les remboursements du régime Camieg 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.

Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement)

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-ACO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée en Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Obstétrique.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale pour 2025 est de 3 925 €).

CSS = Code de la Sécurité sociale

Le cumul des remboursements Camieg (Régime de Base et Régime Complémentaire) ainsi que MUTIEG Retraités, eSodeli ou eCort ne peuvent excéder le montant des frais réels.

La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social d'Energie mutuelle.

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

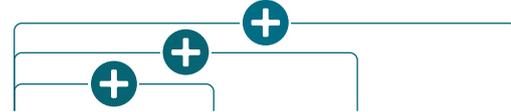
\*Les données concernant le Régime Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie mutuelle.

Pour les contrats solidaires et responsables, ceux-ci excluent la prise en charge de la participation forfaitaire 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 1<sup>er</sup> janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1<sup>er</sup> avril 2015.

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

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

# Exemples de remboursements



	Dépense	Remboursement MUTIEG Retraités	Remboursement Energie mutuelle		
			MUTIEG Retraités	MUTIEG Retraités + (e)Sodeli	MUTIEG Retraités + (e)Cort
<b>SOINS COURANTS</b>					
Consultation médecin généraliste (OPTAM, BR* 30 €)	60 €	34 €	12 €	24 €	24 €
Votre reste à charge**		26 €	14 €	2 €	2 €
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 €	-	34 €	59 €	65 €
Votre reste à charge		65 €	31 €	6 €	-
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Dans le réseau kalixia</b> 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 €
<b>Dans le réseau kalixia</b> 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 €
<b>Hors réseau kalixia</b> 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 €
<b>Hors réseau kalixia</b> 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 €
<b>DENTAIRE</b>					
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 €	-
Implant dentaire	1 200 €	-	785 €	985 €	1 185 €
Votre reste à charge		1 200 €	415 €	215 €	15 €
Orthodontie Adulte Non remboursée par la Sécurité sociale (deux semestres avec une BR* 193,5 € chacun)	2 400 €	-	1 161 €	1 393,2 €	1 780,2 €
Votre reste à charge		2 400 €	1 239 €	1 006,8 €	619,8 €
<b>HOSPITALISATION</b>					
Chambre particulière (par nuitée)	110 €	-	82,43 €	102,43 €	110 €
Votre reste à charge		110 €	27,57 €	7,57 €	-
Opération Chirurgie Non OPTAM (Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMCO03 BR* 388,62 €)	1 600 €	1 165,86 €	-	-	388,62 €
Votre reste à charge		434,14 €	434,14 €	434,14 €	45,52 €

\* Base de remboursement de la Sécurité sociale. \*\* qui comprend 2 € de participation forfaitaire de la Sécurité sociale

# Les services d'Énergie mutuelle

Des services à chaque situation

## Ma santé

### Téléconsultation médicale

5 consultations gratuites  
7 jours sur 7 de 8h à 20h.

### Deuxième Avis Médical

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

## Ma famille

### Énergie Mutuelle Services\*

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

### Aménagement du domicile

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

\*selon votre garantie ou renfort



## Paroles d'adhérents

### Téléconsultation médicale

« 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. »

Jeanne

### Assistance Énergie Mutuelle

« 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. »

Farid

### Deuxième Avis Médical

« L'équipe médicale  
m'avait prescrit un traitement  
de chimiothérapie mais après  
la première séance, j'ai dû  
l'interrompre car je ne le supportais  
pas. J'ai envoyé mon dossier à  
[deuxiemeavis.fr](https://www.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. »

Monique,  
atteinte d'un cancer du sein

## 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**

# 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, bénéficiez de 5 consultations 7 jours sur 7, de 8h à 20h.

**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)

\*selon votre garantie ou renfort



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

**energiemutuelle.fr** - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

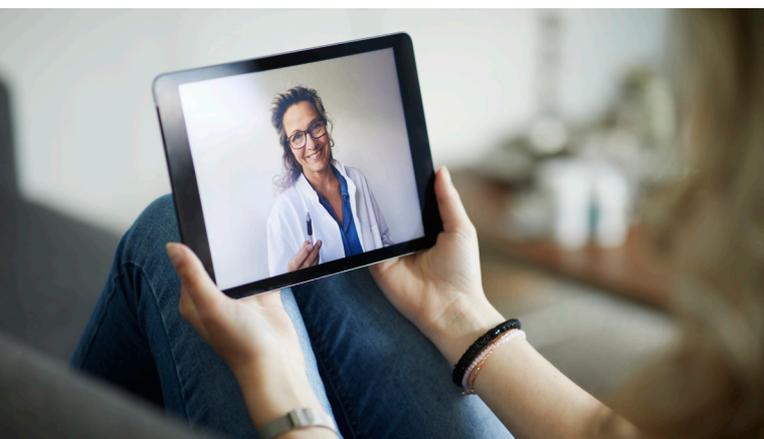
**ENERGIE MUTUELLE** : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9.

**ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP)** : association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.

**0 969 32 37 37** Service gratuit  
+ prix appel

# 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 7j/7 et de 8h à 20h.**

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



## PRENDRE RENDEZ-VOUS FACILEMENT

et bénéficiez d'une consultation médicale



## APPEL TRAITÉ DIRECTEMENT

par une équipe médicale basée en France



## SERVICE SÉCURISÉ ET DISPONIBLE

**7J/7 ET DE 8H À 20H**  
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 pharmacien 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

**energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS**

**ENERGIE MUTUELLE** : 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.

**ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP)** : association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.

0 969 32 37 37 Service gratuit \* prix appel

# 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 **350 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

**energiemutuelle.fr** - 66 avenue du Maine 75014 PARIS

**ENERGIE MUTUELLE** : 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.

**ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP)** : association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.

0 969 32 37 37

Service gratuit  
\* prix appel

# Réseaux de soins Kalixia

Des soins et des prestations de qualité au meilleur prix



**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 6 000 centres optiques



## DES PRIX ACCESSIBLES

- 200 € d'économie en moyenne sur un double appareillage

### Nouveauté depuis 2024

L'offre Kalixia Progress' exclusive dans le réseau, permet aux bénéficiaires d'accéder à des aides auditives de classe 2 rechargeables à un prix maximal de 1 200 € par appareil.

- -20% sur les accessoires de connectivité

## UNE QUALITÉ DE SERVICE GARANTIE PAR LES RÉSEAUX

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures,
- Téléchargeable depuis l'espace de géolocalisation
- Plus de 4 300 centres audio partenaires



## 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
- Plus de 500 ostéopathes partenaires



### À retenir

- ✓ Kalixia : 1<sup>er</sup> réseau de France avec 15 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](https://energiemutuelle.fr/kalixia)**

**energiemutuelle.fr - 66 avenue du Maine 75014 PARIS**

**ENERGIE MUTUELLE** : 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.

**ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP)** : association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.

0 969 32 37 37 Service gratuit  
\* prix appel

# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/07/2025

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité – SIREN

N°419 049 499

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

**Produit : MUTIEG Retraités**

**Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités de la Branche des Industries Electriques et Gazières**

**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 Surcomplémentaire Santé MUTIEG Retraités est un contrat de surcomplémentaire santé individuel, souscrit par une personne physique relevant de la Branche des Industries Electriques et Gazières (IDCC 5001), 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, 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

- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, Auxiliaires médicaux, Analyse, prélèvements, Analyse hors nomenclature, Pansements, 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 (Panier tarifs Libres – Classe B) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalivia), Lentilles acceptées par la Sécurité sociale, Lentilles refusées par la Sécurité sociale y compris lentilles jetables (1/an), Chirurgie correctives non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins, Consultations et Radiologie, Prothèses dentaires, Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge, Orthodontie remboursés par la Sécurité sociale, Orthodontie, Prothèses dentaires, Implantologie, Parodontologie et autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale
- ✓ **Aide auditive** : accessoires, fournitures et entretien des aides auditives remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et honoraires (OPTAM/OPTAM-CO), Honoraires (médecins non OPTAM/OPTAM-CO) Frais de salle d'opération, Forfait journalier, Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité)
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale, Vaccins, Pilule contraceptive de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération, Ostéodensitométrie, Pack prévention

### 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

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 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

- ! **Couronne sur implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Implant dentaire** : maximum 5 par année civile.
- ! **Parodontologie** : Forfait annuel.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, et médecins acupuncteurs** : 34 € par séance (12 séances par année civile).
- ! **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.



## 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 de la Camieg (bénéficiaires du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières et d'une pension de retraite âgés de moins de 65 ans) ;
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle et les renvoyer à Energie 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 Energie Mutuelle des événements 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 d'avance à la date indiquée dans le contrat.

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 1<sup>er</sup> 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 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 lettre recommandée à la mutuelle par voie postale ou électronique avec avis de réception 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.

# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2025

Organisme assureur : ENERGIE MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité –

SIREN N°419 049 499

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

**Produit : SODELI**

**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 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** : 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, étioopathes, 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 thermique 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 social
- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation Médicale
- ✓ Deuxième Avis Médical

### 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 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 € 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, étioopathes, 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 événements 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 1<sup>er</sup> 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 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.
- 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.

# Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance à compter du 01/01/2025

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



20

**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, étioopathes 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.

### 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 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 € 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, étioopathes, 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 évènements :
  - 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 1<sup>er</sup> 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 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 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.

## INFORMATIONS PRÉALABLES

Cette étude personnalisée valant fiche d'information et de conseil en application des articles L.521-2, L.521-4 et L.521-6 du Code des assurances, est nécessaire et obligatoire :

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

Nous vous remercions de bien vouloir en valider l'exactitude avant signature des deux exemplaires, dont l'un doit être remis ou adressé à votre conseiller, et l'autre conservé par vos soins.

## INFORMATIONS PERSONNELLES VOUS CONCERNANT

### Votre identité

Civilité : M.      Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Bénéficiez-vous d'un des régimes de protection juridique suivants ?      Oui      Non

Tutelle      Curatelle simple      Curatelle renforcée      Sauvegarde de justice      Habilitation familiale

Autre :

### Votre situation familiale

Situation familiale :      Marié(e)      Célibataire      Divorcé(e)      Pacsé(e)      Veuf(ve)      Concubin(e)

Nombre d'enfants à charge fiscale :

Vos contrats Energie mutuelle :

### Votre situation professionnelle

Étudiant(e)      Demandeur d'emploi      Salarié(e)      Retraité (e)      TNS      Autre :

## 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 rond à 5 rond : 1 = besoin le moins important 5 = besoin le plus important

Hospitalisation :

Consultations :

Optique :

Dentaire :

### • Souhaitez vous une protection en cas de Dépendance / Perte d'Autonomie ?

Oui      Non

## VOS CONSEILLERS DISTRIBUTEURS

L'Association de Moyens Assurances de Personnes, association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, SIREN n° 840 599 930, ORIAS n° 19000811, [www.orias.fr](http://www.orias.fr), dont le siège social est 21 rue Laffitte - 75009 PARIS.

L'Association de Moyens Assurances de Personnes est soumise à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec les organismes d'assurance du groupe Malakoff Humanis.

À ce titre, l'Association de Moyens Assurances de Personnes est mandatée par Energie Mutuelle, régie par le Code de la mutualité, pour distribuer le présent contrat d'assurance.

L'Association de Moyens Assurances de Personnes est liée directement ou indirectement par des liens capitalistiques avec les organismes d'assurance du groupe Malakoff Humanis - Siège social : 21 rue Laffitte 75317 Paris cedex 09 - [malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)

Dans le cadre de la présentation des opérations d'assurance l'Association de Moyens Assurances de Personnes est rémunérée par la combinaison de commissions, c'est-à-dire d'une rémunération incluse dans la prime d'assurance et versée par l'assureur et de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le contrat d'assurance.

## 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 :

L'assureur du contrat proposé est 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 66 avenue du Maine - 75014 PARIS.

Pour les garanties d'assistance à domicile : AUXIA ASSISTANCE Entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 €, Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, Siège : 21 rue Laffitte - 75009 PARIS

En cas de difficultés dans l'application du contrat, vous pouvez contacter votre conseiller ou contact habituel. En cas de mécontentement, vous pouvez adresser une réclamation :

- Par courriel, dans le formulaire « **Nous contacter** » puis « **Poser une question** », accessible depuis l'espace Adhérent.
- Ou par courrier à : **Energie Mutuelle - Service Réclamation - 66 avenue du Maine - 75014 PARIS**
- Ou par courriel à l'adresse suivante : **[reclamation@energiemutuelle.com](mailto:reclamation@energiemutuelle.com)**

Vous recevrez un accusé de réception dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a été apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, une réponse vous sera fournie dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à votre litige n'a pu être trouvée ou si vous n'avez pas de réponse à votre réclamation dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, vous pouvez saisir le Médiateur de la FNMF, à l'adresse suivante, dans un délai maximal d'1 an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),  
255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15, ou par voie électronique :  
<https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>**

## 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 qu'un exemplaire des documents standardisés d'information sur les produits d'assurance (IPID), un exemplaire du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste sur le site <https://energiemutuelle.bysimax.fr/fr/documentation-en-ligne> ainsi que son annexe relative à la communication des frais de gestion, les statuts de la mutuelle m'ont été remis préalablement ainsi que la demande d'adhésion au règlement.
- 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

Document réalisé en double exemplaire : un pour le conseiller distributeur et un pour le candidat à l'adhésion.

Fait à :

**Vous (Nom et Prénom)**

Signature

**Votre représentant (Nom, Prénom)**

Signature

Le :

**Votre conseiller distributeur  
(Association de Moyens Assurance de Personnes)  
Nom, Prénom du conseiller**

Signature

## PROTECTIONS DES DONNÉES

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour la mutuelle, ci-après désignée Energie Mutuelle du groupe Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Vos données sont destinées aux partenaires de la mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites et sont conservées selon les durées de conservation applicables conformément aux délais de prescription en vigueur et aux recommandations de la CNIL.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, 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 disposez également d'un droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, 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 réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à [correspondant.dpo@energiemutuelle.fr](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr) ou par courrier à **Energie mutuelle - Délégué à la Protection des données - 5 esplanade de la gare - 49100 ANGERS.**

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet en bas de page.



# 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 :  
[votreconseiller@energiemutuelle.com](mailto:votreconseiller@energiemutuelle.com)



Par courrier,  
adrez votre adhésion à :  
Energie mutuelle by Simax  
2 rue Bartisch  
BP 90151  
67025 STRASBOURG Cedex 01

Vous souhaitez communiquer sur votre dossier ?



Par téléphone,  
du lundi au jeudi de 8h15 à 17h30  
et le vendredi de 8h15 à 17h00.

**0 969 32 37 37**

Service gratuit  
+ prix appel

**Par Internet 24h/24 et 7j/7**

via l'espace adhérent [energiemutuelle.bysimax.fr](https://energiemutuelle.bysimax.fr) ou via  
l'appli Energie mutuelle by Simax, disponible depuis  
Google Play ou App Store.



Google Play



App Store

**Par courrier**

**Energie mutuelle by Simax**  
2 rue Bartisch  
BP 90151  
67025 STRASBOURG Cedex 01

**Energie**  
mutuelle  
Groupe malakoff humanis

**ASSUREUR DE VOTRE CONTRAT : Energie mutuelle** - 66 avenue du Maine 75014 Paris - [energiemutuelle.bysimax.fr](https://energiemutuelle.bysimax.fr) - Tél. : 0 969 32 37 37 (service gratuit + prix appel). 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. **GESTIONNAIRE DE VOTRE CONTRAT : Simax** - 2 rue Bartisch - B.P. 90151 - 67025 Strasbourg Cedex 01 - N° ORIAS : 07000336.  
**Association de Moyens Assurance de Personnes**, Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 840 599 930 - N° Orias 19000811.

