

Quoi de neuf en 2024

Les évolutions au 1^{er} janvier 2024

Ce qui va changer pour vous. On vous dit tout !



**Notre énergie
c'est votre sourire**

Quoi de neuf en 2024 ?

Sommaire



1

Évolutions réglementaires

2

Les offres d'Énergie mutuelle

2_A

Les garanties santé

2_B

Offre dépendance OCIRP

2_C

Offre Amétis / CNP

3

Évolutions des prestations

3_A

Évolution du règlement mutualiste

3_B

Évolution de l'assistance mutualiste

4

Évolutions des cotisations

5

Être couvert en inactivité ou en retraite

5_A

Préparer sa retraite

5_B

Choisir CSM Evin

6

Les services d'Énergie mutuelle

6_A

Votre espace personnel et mon appli mobile

6_B

Gestion de mes remboursements

6_C

Le tiers payant

6_D

Des services à chaque situation

6_E

Kalixia

6_F

Deuxième Avis

6_G

Vlsible Patient

6_H

Action sociale

7

Rapport d'activité Énergie mutuelle



Nouvelle offre Énergie 1234



1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

L'essentiel du projet de Loi

Perspectives financières et économies

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 prévoit un déficit des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 8,8 milliards d'euros en 2023 (contre 19,7 milliards en 2022). **Pour 2024, le déficit est estimé à 11,2 milliards d'euros.**

L'Ondam progresse de 3,2 % en 2024 par rapport à 2023 hors dépenses en lien avec la crise sanitaire. Compte tenu de l'inflation, cela représente un montant de 8 milliards d'euros supplémentaires.

Les nouveaux financements sont destinés aux mesures salariales pour les professionnels des établissements de santé. L'enveloppe dédiée à la médecine de ville augmente de 3,5 % pour financer la montée en charge de la convention médicale (revalorisation de la consultation des médecins, transports sanitaires...).

Le projet de loi prévoit des économies d'un montant de 3,5 milliards d'euros. Les économies s'appliquent notamment sur les actes de biologie, les soins dentaires (modification du ticket modérateur) ou le prix des médicaments.

Les arrêts maladie étant considérés trop nombreux, le projet de loi prévoit d'en renforcer les contrôles. Le versement des indemnités journalières pourra être automatiquement suspendu après un rapport du médecin contrôleur jugeant un arrêt injustifié. Certaines pratiques de téléconsultation vont également être encadrées et il ne sera plus possible de prescrire un arrêt de travail de plus de trois jours lors d'une téléconsultation.

Prévention et accès aux soins

Comme en 2023, le développement de la prévention est une priorité affichée du PLFSS. Pour cela, il prévoit notamment diverses mesures comme :

- l'accès au vaccin contre le papillomavirus dès 11 ans ;
- la prise en charge intégrale et sans ordonnance des préservatifs pour les moins de 26 ans ;
- la lutte contre la précarité menstruelle par le remboursement produits pour les assurées de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- **le déploiement des bilans de prévention aux différents âges de la vie.**

De même, le projet de loi autorise les pharmaciens à dispenser sans ordonnance certains médicaments à prescription médicale obligatoire (antibiotiques pour les cystites simples et les angines).

Afin de lutter contre les tensions d'approvisionnement, le texte propose aussi de généraliser la délivrance de médicaments à l'unité par des pharmaciens d'officines en cas de rupture d'approvisionnement.

Ce projet de loi a, par ailleurs, pour objectif de mieux articuler la complémentaire santé solidaire (C2S) avec certains minima sociaux de façon à diminuer le non-recours aux soins.

Le projet de loi intègre également le soutien aux professionnels qui s'engagent dans les établissements de santé et médico- pour financer en particulier les mesures d'attractivité concernant le travail de nuit, les week-ends et la permanence des soins.





1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Réforme du financement des établissements de santé

Le PLFSS prévoit une réforme du modèle de financement des établissements de santé pour les activités de chirurgie. Il s'agit d'évoluer vers un mode de financement mixte :

- tarification à l'activité pour les activités standard,
- dotations spécifiques pour les activités répondant à des objectifs de santé publique,
- financement mixte pour les activités de soins aigus.

Perte d'autonomie, handicap, familles

Sur la question de l'autonomie des personnes âgées, le PLFSS s'engage sur des moyens supplémentaires à la fois avec la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) mais aussi pour le financement de l'augmentation de nombre de professionnels exerçant en Ehpad.

Dans la continuité des annonces de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, le PLFSS est à l'initiative du déploiement de 50 000 solutions pour améliorer l'accompagnement de différentes situations de handicap à l'école, au travail et dans la vie quotidienne.

Pour les familles, 2024 doit constituer la première étape dans la mise en place du nouveau service public de la petite enfance avec des moyens supplémentaires en matière de solutions de garde d'enfant.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024



LES MESURES PHARES DU PLFSS 2023

1



RENFORCER LE VIRAGE PRÉVENTIF

- Proposer des rendez-vous de prévention aux âgés clés (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans)
- Faciliter l'accès à la contraception d'urgence pour les femmes majeures
- Simplifier l'accès à la vaccination en multipliant les opportunités vaccinales

2



AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ

- Rénover la vie conventionnelle
- Simplifier et renforcer la coordination de l'installation des professionnels de santé
- Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

3



MIEUX FINANCER LES MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

- Répondre aux besoins des familles monoparentales pour les enfants de plus de 6 ans
- Diminuer le coût du recours à une assistante maternelle pour les parents

4



CONSTRUIRE LA SOCIÉTÉ DU BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

- Ajouter deux heures de vie sociale par semaine dans les plans d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie
- Financer des soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap

5



LUTTER CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

- Améliorer la prévention et la détection des fraudes
- Mieux sanctionner la fraude des professionnels de santé
- Accroître le rendement et l'effectivité du recouvrement des créances

1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Garantir la soutenabilité de la Sécurité sociale

Évolution des dépenses d'Assurance Maladie pour 2023

En 2023, l'investissement dans le système de santé reste majeur et les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM **devraient progresser de + 4,8 %, hors dépenses liées à la crise - inflation.**

Le PLFSS pour 2024 majore ainsi l'ONDAM 2023 de 2,8 millions d'euros supplémentaires par rapport au montant voté au printemps dernier en loi de financement rectificative.

Le montant des dépenses de crise reste conforme à ce qui était prévu dans le précédent PLFSS, et devrait atteindre 0,9 millions d'euros. Cette progression résulte de l'augmentation des dépenses constatées en ville (dynamisme supérieur à celui qui était anticipé pour les indemnités journalières, du fait notamment du contexte d'inflation et de ses répercussions sur les salaires, et pour les honoraires médicaux et para médicaux), ainsi que de l'effet des revalorisations des rémunérations des personnels en établissements sanitaires et médico-sociaux annoncées en juin 2023, pour application progressive dès juillet pour les premières d'entre elles, qui s'ajoutent aux effets en année pleine de la hausse du point d'indice de juillet 2022.

Renforcer les moyens du système de santé, dans un contexte d'inflation toujours élevé

Une progression de l'ONDAM de 4,8 % en 2023



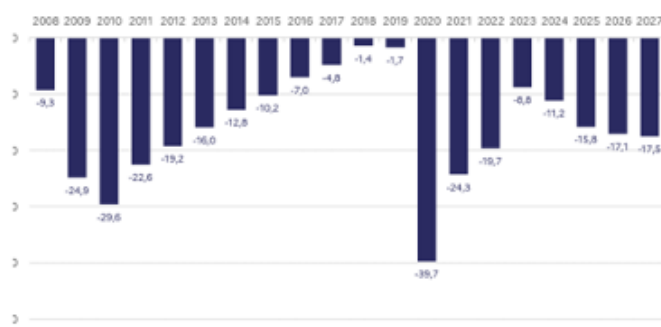
Une progression de l'ONDAM de 3,2 % en 2024

L'ONDAM poursuivra une progression dynamique en 2024 : + 3,2 % hors dépenses en lien avec la crise sanitaire (avec une inflation estimée à 2,5% au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac), soit une augmentation de 8 Md€ à champ constant par rapport à 2023, et de plus de 54 Md€ par rapport à 2019. Cet effort financier important, supérieur à l'inflation prévisionnelle, reflète les priorités du Gouvernement et sa volonté d'investir dans la modernisation du système de santé.

Une amélioration de la trajectoire financière de la sécurité sociale

Après avoir atteint un point bas en 2020, avec un déficit de 39,7 Md€, le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse s'est nettement redressé en 2021 et 2022, notamment sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois.

Solde des régimes de base et du FSV 2008-2027 (en Md€)





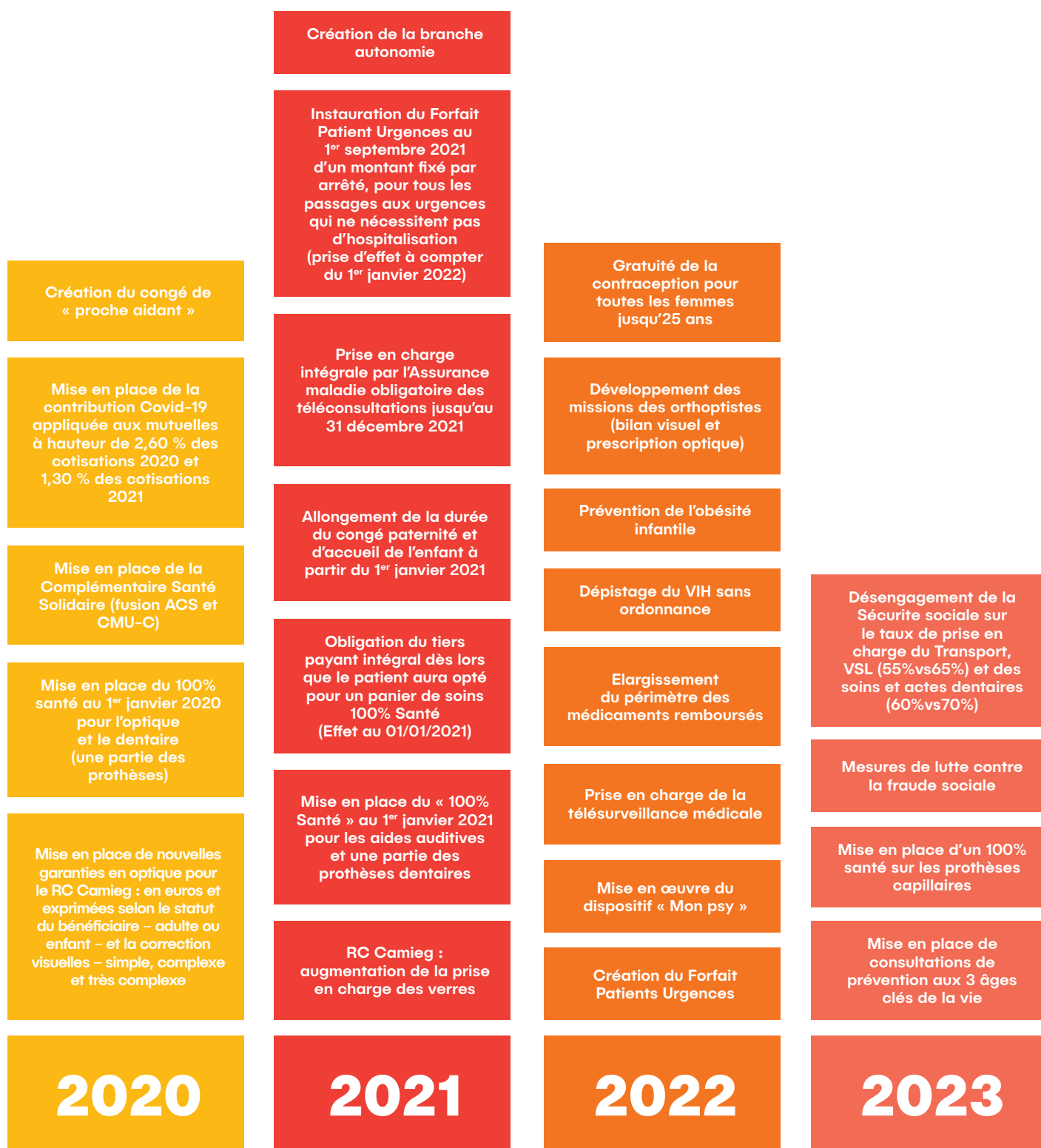
1

Les évolutions réglementaires

Du côté de l'Assurance Maladie

Bref rappel des évolutions de l'Assurance maladie jusqu'à 2023

Nombreuses ont été les réformes et évolutions de l'Assurance maladie, lesquelles connaissent une accélération depuis 2019.





1

Les évolutions réglementaires

Du côté de la camieg et d'Energie mutuelle

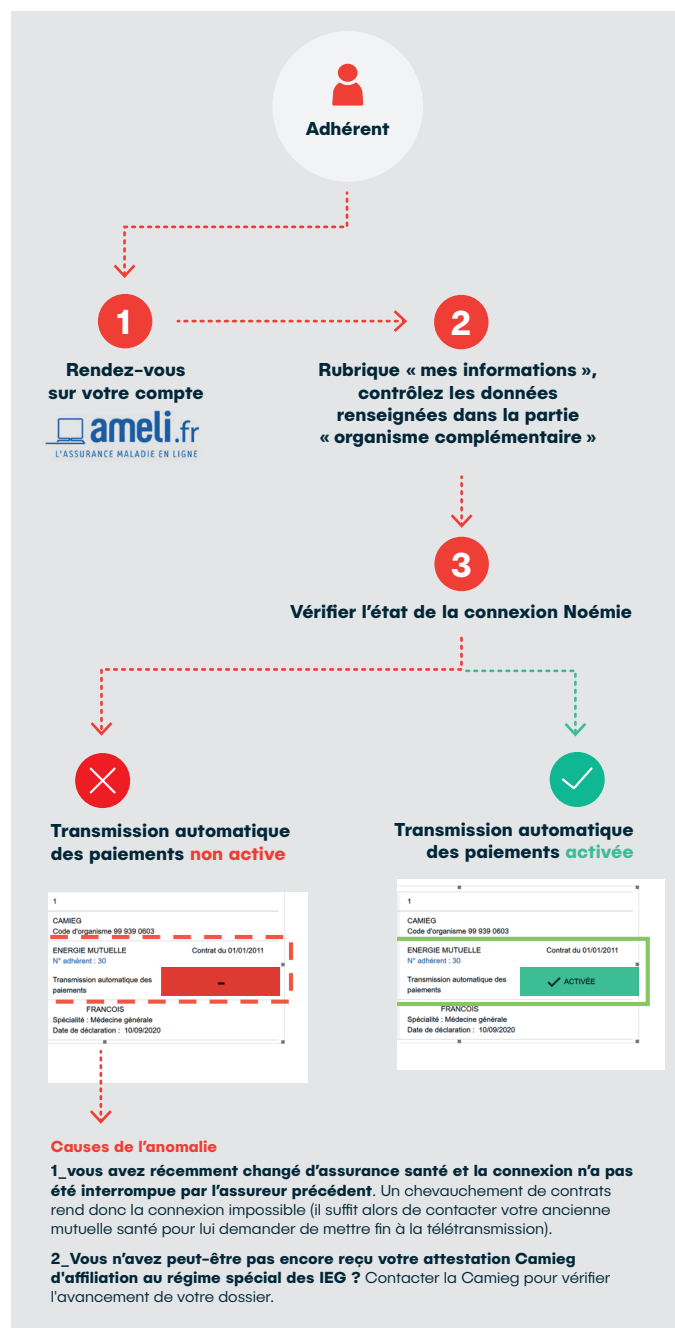
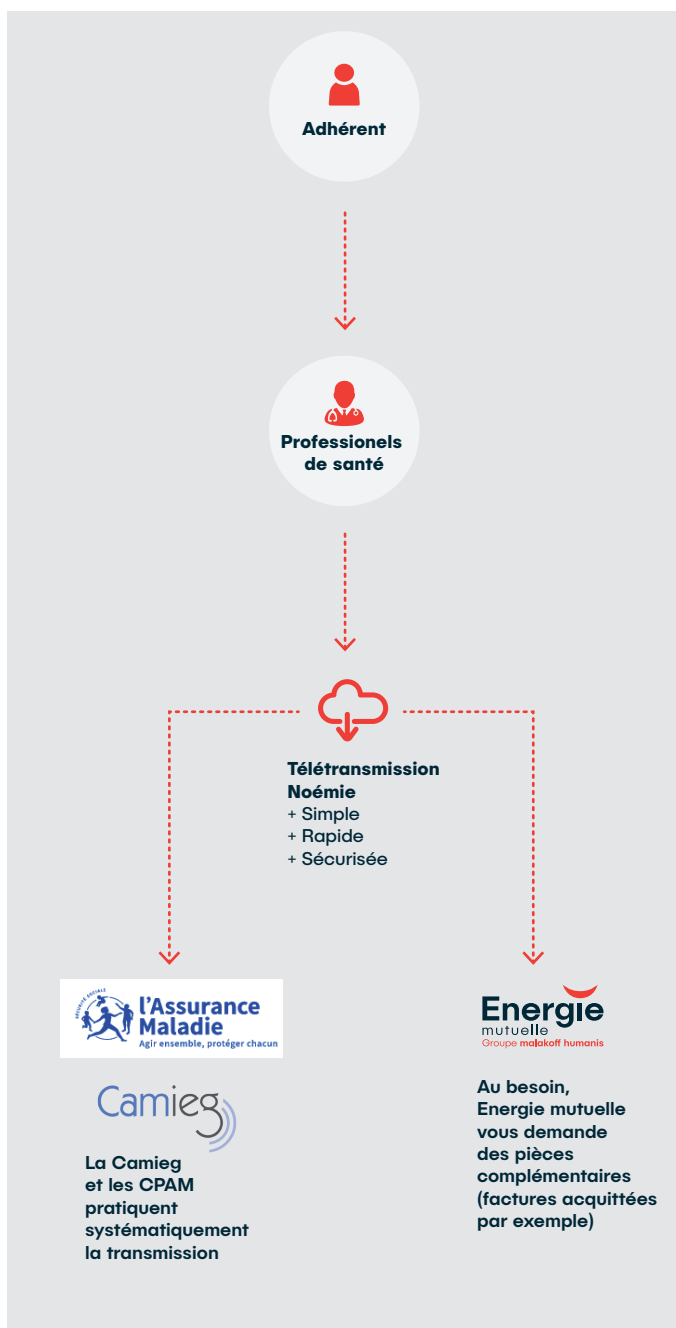
Conseils pratiques pour être remboursé plus rapidement

C'est quoi la télétransmission ?

La télétransmission évite d'envoyer les relevés de l'Assurance maladie. Ils sont transmis directement à Energie mutuelle.

Le système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) permet alors un échange d'information informatisé entre Energie mutuelle et la Sécurité sociale (Camieg, CPAM, MSA,...), sans aucune intervention de votre part.

Comment vérifier si la télétransmission est activée entre Energie mutuelle et votre caisse d'Assurance maladie (Camieg, CPAM, MSA, ...)





1

Les évolutions réglementaires

Le dispositif Mon Psy

MonPsy, l'accès à l'accompagnement psychologique pour tous

Le dispositif Mon soutien psy permet à toute personne (dès 3 ans) angoissée, déprimée ou en souffrance psychique, de bénéficier de séances d'accompagnement psychologique avec une prise en charge par l'Assurance Maladie.

En fonction de votre état de santé, et en accord avec vous, votre médecin peut vous proposer de suivre jusqu'à 8 séances d'accompagnement psychologique par année civile avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie et partenaire du dispositif.

Combien ça coûte ?

Tarifs des séances des psychologues partenaires :

- 40 € la première séance (évaluation)
- 30 € les séances de suivi

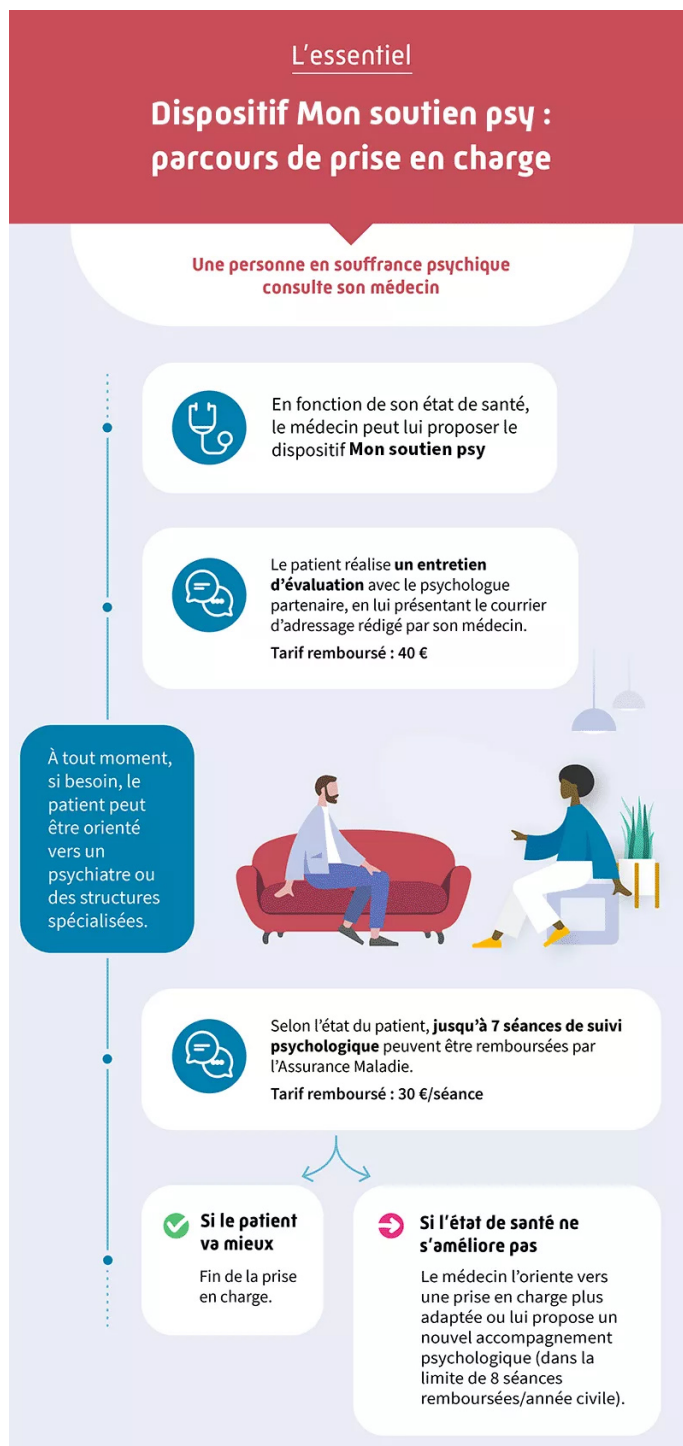
Prise en charge

- 60 % par l'Assurance Maladie
- 40 % par la complémentaire santé ou la mutuelle

Comment s'effectuent les remboursements ?

Envoyez votre feuille de soins et le courrier d'adressage de votre médecin à votre organisme d'Assurance Maladie (après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances).

<https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>



Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site ameli.fr, rubrique séances avec un psychologue



2_A

Les offres d'Energie mutuelle

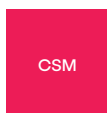
Les garanties santé

Quelle garantie santé pour quelle situation ?

Contrats IEG - Camieg

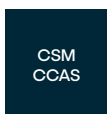
Collectif

Salariés



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Salariés statutaires des IEG

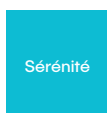


Couverture supplémentaire - Niveau 3

Salariés statutaires de la CCAS des IEG

Individuel

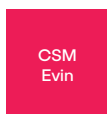
Retraités



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Retraités des IEG

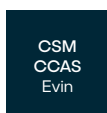
Accessible à tout moment



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Retraités des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Retraités de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Autres



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Garanties fermées à l'adhésion



Couverture supplémentaire - Niveau 3

Médecins des IEG

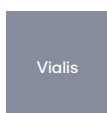
bénéficiant de la Camieg

Renforts



Renforts de remboursement - Niveau 4

Salariés et retraités des IEG couverts par la CSM ou CSM Evin et de la CCAS et les détenteurs du contrat Préférence ou Sérénité



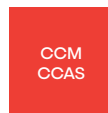
Renfort - Niveau 4

Salariés de l'entreprise Vialis

Contrats hors IEG

Collectif

Salariés



Complémentaire santé - Niveau 2

Salariés non statutaires de la CCAS



Complémentaire santé - Niveau 2

Salariés des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie

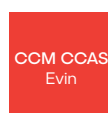


Complémentaire santé - Niveau 2

Coopérative Santé Richerand (CSR)

Individuel

Retraités



Complémentaire santé - Niveau 2

Retraités non statutaires de la CCAS des IEG

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite



Complémentaire santé - Niveau 2

Retraités des entreprises non statutaires du secteur de l'énergie

Accessible dans les 6 mois suivant le départ à la retraite

Tous



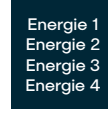
Complémentaire santé - Niveau 2

**Exterieurs aux IEG accessible à tous
Garantie fermée à l'adhésion**



Complémentaire santé - Niveau 2

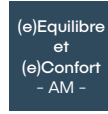
Exterieurs aux IEG accessible à tous



Complémentaire santé - Niveau 2

Exterieurs aux IEG accessible à tous

Conjoints



Complémentaire santé - Niveau 2

Conjoints des salariés et des retraités des IEG



Surcomplémentaire santé - Niveau 3

Conjoints des salariés et des retraités des IEG ayant déjà une complémentaire santé

2_B

Les offres d'Énergie mutuelle

Partenariat Énergie mutuelle / OCIRP
la garantie Dépendance

Je prépare l'avenir en m'assurant en cas de perte d'autonomie Et vous comment feriez-vous pour faire face à ce risque ?

Afin de faire face à cette problématique, Énergie mutuelle a mis en place, en partenariat avec OCIRP Vie, un contrat permettant de percevoir une rente en cas de reconnaissance de l'état de dépendance pour ses adhérents. Cette garantie permet ainsi de s'assurer contre la perte d'autonomie.

Vos avantages



Plus de protection

- Sans délai de carance
- Ni de questionnaire médical
- Versement d'une rente mensuelle pendant toute la durée de la dépendance



Plus de tranquillité

- Soulager les aidants familiaux



Plus de services

- Bénéficiez de services complémentaires à votre adhésion (accompagnement téléphonique, aides financières...)



Plus de liberté

- Pas d'augmentation des cotisations avec l'âge et la possibilité de moduler ses versements





2_c

Les offres d'Énergie mutuelle

Le partenariat Énergie mutuelle / CNP-AMÉTIS

Énergie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

AMÉTIS
GROUPE CNP ASSURANCES

Énergie mutuelle est partenaire du réseau de conseillers Amétis, experts en gestion de patrimoine et 1^{er} réseau labellisé pour son professionnalisme en épargne et en protection sociale.



Un accompagnement privilégié pour répondre aux questions que vous vous posez :

- Quelles sont les incidences de mon régime matrimonial en cas de décès ou de divorce ?
- Comment optimiser les clauses bénéficiaires de mes contrats pour réduire les droits de succession ?
- Comment sécuriser la transmission de mon patrimoine ?
- Comment anticiper une éventuelle perte de revenus ?



Bénéficier de conseils en placement



Se protéger et protéger ses proches



Organiser sa transmission de patrimoine



3

Les évolutions des prestations

Les mesures générales

Pour maîtriser le coût de votre mutuelle santé, des ajustements sont réalisés sur les garanties d'Énergie mutuelle exclusivement pour des actes non remboursés par l'Assurance Maladie.

ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES



Sécurité sociale, Camieg, Énergie mutuelle

Baisse de la prise en charge par les régimes obligatoires des postes :

Transports, VSL de 65% à 55%

Actes et soins dentaires de 70% à 60%

PMSS*

3 864 € pour 2024 (+5,4% vs 2023)

*Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

ÉVOLUTIONS GÉNÉRALES ENERGIE MUTUELLE

(hors dispositif CSM et CSM Evin et garanties entreprises)

GARANTIES

Commercialisation d'une nouvelle offre dédiée aux assurés du Régime général d'Assurance Maladie dénommée Énergie 1234

TELESURVEILLANCE MÉDICALE

Prise en charge du ticket modérateur des activités de télésurveillance médicale et à visée thérapeutique

ALLOCATION MATERNITÉ/ADOPTION

Transmettre photocopie livret de famille ou acte de naissance et/ou copie du jugement d'adoption plénière

PARODONTOLOGIE

Précisions sur les actes remboursés : seuls les actes portant les mentions Non Pris en Charge (NPC) ou Non Remboursés (NR) sont remboursables

RÉSILIATION EN 3 CLICS

Mise en place d'une fonctionnalité gratuite permettant aux adhérents de résilier en ligne leur adhésion en trois clics

MÉDECINE DOUCE

Le nombre de séance du forfait médecines douces (ostéopathie, chiropracteur... s'apprécie globalement pour tous les actes réalisés et dans la limite du nombre de séances indiqué



GARANTIES CSM ET CSM EVIN

Hausse des prestations indexées sur le PMSS (Chambre particulières, Implants, gros appareillage, lentilles refusées, parodontologie...)

GARANTIES ENTREPRISES, GARANTIES CSM CCAS, PLÉNITUDE

Hausse des prestations indexées sur le PMSS (Chambre particulières, Implants, gros appareillage, lentilles refusées, parodontologie...)

Compensation de la baisse de la prise en charge par les régimes obligatoires des postes :

Transports, VSL de 65% à 55%

Actes et soins dentaires de 70% à 60%.

Énergie mutuelle augmente ses remboursements de à hauteur du désengagement de la Sécurité sociale.

RÉSEAU KALIXIA

Un grand nombre de professionnels de la santé dans le réseau pour bénéficiez d'avantages et de réductions sur présentation de votre carte de tiers payant.

Nombre de partenaires en 2023

7 100 Optique

5 100 Audio

520 Ostéo



Évolution de votre règlement mutualiste frais de santé 2024

Le Conseil d'administration de la Mutuelle Energie Mutuelle s'est réuni le 17 octobre 2023 et a adopté les dispositions suivantes modifiant votre Règlement Mutualiste, applicables à compter du **1^{er} janvier 2024**.

Nouvelle offre Energie 1234

À la suite de la création de l'offre Energie 1234, celle-ci est inscrite au règlement mutualiste.

L'article 6 « Répartition des bénéficiaires » à l'alinéa 6.3 est modifié comme suit :

6-3. Membres participants ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières ou bénéficiant du régime conventionné de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières (CCAS) pour lesquels Energie mutuelle intervient comme premier régime complémentaire au régime de Sécurité sociale :

- CONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- eCONFORT AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- ENERGIE 1.2.3.4 ;
- EQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- eEQUILIBRE AM (réservé aux conjoints d'agent actif ou retraité des IEG) ;
- ESSENTIEL Option 1 et 2 ;
- OXYGENE Option 1 et 2 ;
- PREFERENCE ;
- Contrat de Sortie de la Complémentaire Santé Solidaire (Contrat de Sortie CSS).

Répartition des bénéficiaires

À la suite de l'évolution du montage assurantiel de la Couverture Supplémentaire Maladie des IEG (CSM), l'adhésion aux renforts Sodeli ou Cort est possible désormais sous réserve d'être bénéficiaire de la CSM et non plus sous réserve d'en être Membre Participant.

L'alinéa 6.5 est amendé comme suit :

6-5. Les personnes physiques et leurs ayants droit **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 :

- Option 1 SODELI ;
- Option 1 bis eSODELI ;
- Option 2 CORT ;
- Option 2 bis eCORT.

Les conditions d'accès et la grille des prestations de chaque garantie sont précisées dans un document joint au bulletin d'adhésion.

Résiliation en trois clics

L'article 17 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022, prévoit la possibilité de résilier l'adhésion au règlement par voie électronique à compter du 1er juin 2023.

À cet effet, les dispositions de l'article 11-1 « Dénonciation par le membre participant » sont complétées comme suit :

« – soit effectuée directement sur via un formulaire sur le site internet du Groupe Malakoff Humanis : <https://www.malakoffhumanis.com/resiliation/> »

Nous vous rappelons que si votre contrat frais de santé a été souscrit depuis au moins un an, vous disposez du droit de le résilier à tout moment.

Définition des prestations

L'article 16 « Définition des prestations » relatif aux garanties est complété par diverses mesures :

• TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

Le périmètre du contrat responsable a été modifié par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2022 et 2023. À compter du 1^{er} juillet 2023, le contrat responsable doit prévoir également la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les **activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique**.

• ENCADREMENT DE LA PARODONTOLOGIE

Les dispositions relatives aux garanties sont complétées comme suit : « Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date, font l'objet d'un remboursement. **Les actes «codés» NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale** ».

• PRÉCISION AU TITRE LA MÉDECINE DOUCE

Les dispositions relatives aux garanties sont précisées comme suit : **Nombre global de séances pour tous les actes relatifs aux consultations d'ostéopathe, de chiropracteur, d'étiopathe, de médecins acupuncteurs, de kinésithérapeutes méthode Mézières, et de psychologue non remboursé.**

Cette information rappelle que le nombre de séances mentionné par année civile et par bénéficiaire maximum s'applique à l'ensemble des disciplines médicales et non pas à chaque discipline. Le nombre de séances est global pour toutes les disciplines citées dans la garantie.

• PRÉCISION AU TITRE DES GARANTIES AUTRES PRESTATIONS – PACK PRÉVENTION

Pour bénéficier de la garantie au titre des frais de santé engagés auprès d'un psychothérapeute, celui-ci doit être un **psychothérapeute non psychologue**. Les actes effectués par un psychologue pouvant être pris en charge au titre d'une autre prestation selon la garantie souscrite.

• PRÉCISION AU TITRE DES GARANTIES ALLOCATION MATERNITÉ / ADOPTION

L'article 21 « Versement des prestations » à l'alinéa 21-9 est complété ainsi :

L'allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant est limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption pour un parent.

Il peut être demandé par la mutuelle, les pièces suivantes nécessaires au paiement de l'allocation :

- **en cas de maternité : photocopie du livret de famille ou de l'acte de naissance ;**
- **en cas d'adoption : acte de naissance ou copie du livret de famille et copie du jugement d'adoption plénière.**

En cas de naissances multiples, l'allocation est versée en conséquence.

Réclamation médiation

Les dispositions de l'article 27 « Réclamations – Médiation » de votre règlement sont modifiées comme suit :

« En cas de difficultés dans l'application du contrat, **le souscripteur, l'assuré et/ou les bénéficiaires** peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

En cas de mécontentement, la réclamation peut également être adressée :

- Par courriel, dans le formulaire « Nous contacter » puis « Poser une question », accessible depuis l'espace Adhérent.
- Ou par courrier à : Energie Mutuelle Service Réclamation 4 rue Fulton 49000 ANGERS
- Ou par courriel à l'adresse suivante : **reclamation@energiemutuelle.com**

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Les conseillers de la Mutuelle accuseront réception de la demande dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de sa réclamation écrite, sauf si la réponse elle-même est apportée durant ce délai et, en tout état de cause, une réponse à la réclamation sera apportée dans un délai de deux mois suivant sa date d'envoi.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si l'organisme assureur n'a pas répondu dans le délai de 2 mois, **l'assuré, et/ ou les bénéficiaires** peuvent s'adresser au Médiateur de la FNMF, à l'adresse suivante : 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/>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.»

Protection des données

Les dispositions de l'article 35 « Protection des Données » fait l'objet d'une adaptation réglementaire conformément aux recommandations de la CNIL. Il vient préciser la collecte du NIR (pour « numéro d'inscription au répertoire ») au texte de l'article 35 en détaillant précisément les données collectées de manière exhaustive. Le numéro NIR est l'identifiant unique des personnes inscrites au répertoire national d'identification des personnes physiques géré par l'Insee. Une personne est automatiquement inscrite sur le répertoire lors de l'établissement de son acte de naissance par les officiers de l'état civil. Le NIR (pour « numéro d'inscription au répertoire ») correspond en fait au numéro de sécurité sociale.

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, l'adhérent(e) reconnaît avoir été informé(e) par la Mutuelle en sa qualité de responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que : Energie mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par :

- Courriel à **correspondant.dpo@energiemutuelle.fr** ou
- Par courrier : Energie mutuelle Correspondant Délégué à la Protection des Données 4 rue Fulton 49000 ANGERS

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent et éventuellement de ses ayants droits peuvent être collectées et traitées au titre de :

- La souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'autres organismes du groupe Malakoff Humanis (modification à apporter au PDF du RM stp) auquel la Mutuelle appartient ;
- La gestion des avis de l'adhérent sur les produits, services ou contenus proposés par la Mutuelle ou ses partenaires ;
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement une fois les données anonymisées ;
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins de l'adhérent ;
- La proposition à l'adhérent de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire le reste à charge ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'assureur ou ses partenaires ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'organisme s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'adhérent pour d'autres finalités que celles précitées conformément au principe de minimisation de la collecte des données.

L'adhérent reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat, en ce compris :

- Données d'identification : nom, prénom, identifiant, matricule ;
- Caractéristiques personnelles : date de naissance, nationalité ;
- Données de contact : adresse postale, email, numéro de téléphone ;
- Vie personnelle : statut marital, nombre d'enfants à charge, identité des ayants droit ;
- Données de santé : prise en charge de soins, facture de soins, prescriptions médicale, numéro de Sécurité sociale (NIR) ;
- Données de connexion, d'usage des services et d'interaction : logs de connexion, et d'usage, cookies ;
- Données bancaires.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'adhérent, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et Libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Le consentement du titulaire de l'autorité parentale sera demandé pour l'utilisation des données personnelles des mineurs de moins de 15 ans dans le cadre de la gestion de données de la Mutuelle, sauf exception pour les données concernant le dossier médical personnel du mineur. Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités de la Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que, le cas échéant les sous-traitants, les délégataires de gestion, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et les partenaires.

La Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'adhérent ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'adhérent sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'adhérent varient en fonction des finalités susvi-sées et sont conformes aux recommandations de la CNIL (autorité de contrôle des données personnelles). En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de la Mutuelle et des prescriptions légales applicables.

La Mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'adhérent(e) et (2) à notifier à la CNIL et informer l'adhérent en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.



Les évolutions du règlement mutualiste pour 2024

Annexe réglementaire

2. L'adhérent dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'adhérent dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'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, en justifiant de son identité :

- Par courriel à **correspondant.dpo@energiemutuelle.fr** ou
- Par courrier : Energie mutuelle Correspondant Délégué à la Protection des Données 4 rue Fulton – 49000 ANGERS

L'adhérent dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés 3 Place de Fontenoy TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07



Les évolutions de l'assistance Energie Mutuelle Services

Service d'assistance assuré par AUXIA – Groupe Malakoff Humanis

MODIFICATIONS DES CONDITIONS GÉNÉRALES AUXIA ASSISTANCE VALANT ADDITIF À LA NOTICE D'INFORMATION AU 1^{er} JANVIER 2024

Clauses spécifiques CG Auxia assistance

Si votre contrat comporte des garanties d'assistance Auxia Assistance :

- sauf dispositions spécifiques, vous bénéficiez de la convention d'assistance Auxia Assistance 753734, dont vous pouvez consulter la notice d'assistance via le lien <https://www.malakoffhumanis.com/infos/mon-assistance-evolue/>
- certaines dispositions des conditions générales sont modifiées comme suit à effet du 1^{er} janvier 2024 :

Réclamation / médiation

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée :

- par mail à : info@auxia.com ;
- par courrier à l'adresse du service :

AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client
TSA 10001 - 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante :

M. le Médiateur de L'Assurance
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09

Ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Personnes concernées sont informées par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Personnes concernées peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Personnes concernées sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Personnes concernées ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude ;

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Personnes concernées pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.



Les évolutions de l'assistance Energie Mutuelle Services

Service d'assistance assuré par AUXIA – Groupe Malakoff Humanis

Les destinataires des données à caractère personnel des Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Personnes concernées sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Personnes concernées sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Personnes concernées venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Personnes concernées varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les personnes concernées disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Personnes concernées disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles disposent enfin de la possibilité de s'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

- dpo@malakoffhumanis.com ou
- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Personnes concernées disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.



Les évolutions de l'assistance Energie Mutuelle Services

Service d'assistance assuré par AUXIA - Groupe Malakoff Humanis

Déchéance des garanties

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assistanteur pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Fausse déclaration intentionnelle

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre. Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

La clause relative aux circonstances exceptionnelles du paragraphe « CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION » est modifiée comme suit :

Conditions restrictives d'application

Circonstances exceptionnelles

AUXIA Assistance ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de force majeure.

Nouvelle notice assistance

A noter, les clients bénéficiant des conventions citées ci-après bénéficieront de la convention Auxia Assistance 753734 : Mondial 230011 / Mondial 230012 / Mondial 611996 Malakoff Médéric Hospitalisation / Taitbout Prévoyance – IPA 0887900*97 / Fil Assistance 0352 Garantie Assistance Humanis / Fil Assistance F17S0494 Offre santé.

Nous vous invitons à consulter la notice d'assistance via le lien <https://www.malakoffhumanis.com/infos/mon-assistance-evolue/>

Service de téléconsultation

Votre téléconsultation évolue en 2024 pour vous offrir un service plus moderne et plus efficace.

À compter du 1^{er} janvier 2024, votre service de téléconsultation sera opéré par :

TBNO INVEST SASU au capital de 5 726 658,30 €, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le N° 529 134 942 – siège social sis Centre d'Affaires Alta Rocca Bato, 1120 Route de Gemenos, 13400 Aubagne.

- Le service de téléconsultation sera accessible en ligne à partir de votre espace personnel Malakoff Humanis ou en appelant le numéro de téléphone indiqué sur la notice d'information pour obtenir les éléments de connexion.
- Lors de votre première connexion au service de téléconsultation, il vous sera demandé de créer un compte personnel et d'accepter les conditions générales d'utilisation.
- Le service de téléconsultation pris en charge dans le cadre de vos garanties d'assistance sera activé de manière subsidiaire lorsqu'aucune solution de téléconsultation proposée par TBNO INVEST SASU et prise en charge par l'assurance maladie n'est disponible.

Nous vous invitons à consulter la notice d'information du service assistance téléconsultation via le lien ci-dessous :

<https://www.malakoffhumanis.com/infos/mon-assistance-evolue/>

4

Évolutions des cotisations

Comment sont déterminées les évolutions de cotisations ?
On vous dit tout !

La cotisation de votre mutuelle tient compte de l'évolution prévisionnelle des remboursements des adhérents

2024, est marquée par une forte évolution des prestations versées par les Organismes complémentaires.

Energie mutuelle n'échappe pas à la règle. Après l'explosion des dépenses au cours du 1^{er} trimestre, la pause enregistrée au printemps n'a pas tenu et la consommation de soins devrait se poursuivre sur sa lancée jusqu'à la fin de l'année déclare l'ensemble des Actuaire*s*.

L'évolution des cotisations est consécutive à plusieurs facteurs qui explique leur évolution :

La dérive des coûts de santé

- Le progrès médical et l'arrivée de nouveaux traitements et protocoles de soins,
- La hausse des dépassements d'honoraires,
- Le vieillissement de la population,
- Le recours de plus en plus fréquent aux médecines douces,
- Le besoin en optique médicale et en soins dentaires,
- L'inflation qui renchérit les coûts des actes médicaux.

La sinistralité de votre contrat

- Selon les contrats, l'utilisation des garanties est différente par les assurés,
- Sont autant de facteurs qui nécessite de couvrir par les cotisations, les besoins croissants en prestations et remboursements.

Les mesures réglementaires conduisent parfois à une plus grande prise en charge par les complémentaires

- **La mise en place du 100 % santé** : les assurés du régime général qui choisiront les soins et équipements du panier 100 % santé n'auront plus à supporter les frais liés à ces postes puisqu'ils seront pris en charge par l'Assurance maladie et votre complémentaire santé. Cela concerne principalement les dépenses en dentaire et les aides auditives.
- **L'instauration du Forfait Patient Urgences** qui dans un contexte de diminution de médecins facture aux complémentaires un montant de 18 € pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.
- **Le désengagement de la Sécurité sociale** :
 1. **Relatifs aux actes de transports en ambulances, VSL dont la prise en charge baisse de 65% à 55% et qui sera compensé par la Camieg si vous êtes assurés IEG ou Energie mutuelle si vous êtes assuré Régime général ou local d'Assurance maladie.**
 2. **Relatifs soins et actes dentaires dont la prise en charge baisse de 70% à 60% et qui sera compensé par la Camieg si vous êtes assurés IEG ou Energie mutuelle si vous êtes assuré Régime général ou local d'Assurance maladie.**
 3. **L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie qui a fortement progressé en 2023 : +4,8% versus 2022.**

Pour vous aider à mieux comprendre pourquoi vos cotisations sont ajustées, nous prenons le temps ici de vous l'expliquer.

Les contrats reposent sur un équilibre global entre toutes les cotisations versées et tous les remboursements perçus.



1 minute pour comprendre



4

Évolutions des cotisations

Quels sont les éléments constitutifs de ma cotisation ?

À quoi sert ma cotisation santé ?

Exemple de redistribution de 100 € perçus par votre mutuelle en 2022 pour une cotisation versée de 113,51 € TTC soit 100 € HT.

11,89 €

- Gestion des prestations et des cotisations
- Frais de de télétransmission NOEMIE et de tiers payant
- Charges administratives et réglementaires (Ressources humaines, conformité, qualité, pilotage, gouvernance)

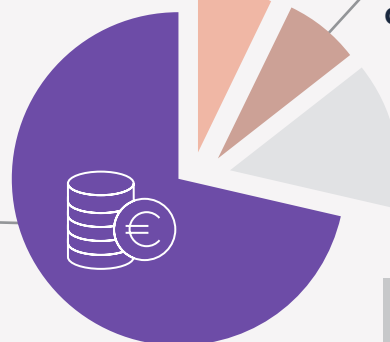
11,89 € de frais de fonctionnement

8,61 €

- Relations adhérents (centre d'appels, mails), communication
- Développement
- Animation des territoires, vie mutualiste
- Réseau Kalixia (optique, audiologie, ostéopathie)
- Assistance Energie Mutuelle services (aides à domicile...)

8,61 € de services et conseils aux adhérents

77,54 € de remboursements de soins = prestations



13,51 € de taxes

77,54 €

En choisissant un opticien du réseau Kalixia (liste accessible depuis votre espace personnel), vous économisez 80 € sur un équipement adulte et 40 € sur un équipement enfant

13,51 €

Votre cotisation santé supporte :

- une taxe fiscale* collectée par Energie mutuelle et reversée intégralement à l'Etat. Elle finance des actions de solidarité nationale. Son taux varie selon la nature des contrats entre 13,27 % ou 20,27 %. Elle s'ajoute à votre cotisation hors taxe.
- le forfait patientèle**. Il a été créé notamment pour valoriser le rôle du médecin de secteur 1 traitant dans le suivi du patient et la coordination des soins. Son taux est de 0,8 %. Ce forfait constitue une charge supplémentaire comptabilisée en prestation.

Remarque : La différence de 1,96 € entre la cotisation perçue de 100 € hors taxes et la somme des remboursements et des charges soit 98,04 € représente le résultat d'exploitation de la mutuelle.

*https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/CIRCULAIRE_DSS_SD5D_2015_380%20du%2028%20decembre%202015_TSA.pdf

**Forfait patientèle médecin traitant | ameli.fr | Médecin

4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

En respect de nos obligations légales et réglementaires, vous trouverez ci-après les informations relatives à la situation d'Énergie mutuelle pour l'année 2022 :

Le ratio entre les frais de gestion et le montant des cotisations C hors taxes :

FRAIS DE GESTION = 20,50 %
de la cotisation santé C

Le ratio entre :

- Le montant total des **frais de gestion** au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

et

- le montant des **cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Est égal à 20,50 % des cotisations hors taxes pour 2022.

Le ratio entre le montant des prestations P et le montant des cotisations C hors taxes :

P / C = 77,54 %
(prestation/cotisation santé)

Le ratio entre :

- le montant des **prestations** versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

et

- le montant des **cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Est égal à 77,54 % des cotisations hors taxes pour 2022.

4

Évolutions des cotisations

Comment gérer au mieux mes dépenses de santé ?

Comment être remboursé au mieux et réduire son reste à charge ?

Pour être remboursé au mieux, pensez à déclarer votre médecin traitant et à respecter le parcours de soin.

Passez toujours en première intention par votre médecin traitant

Faute de quoi la Sécurité sociale appliquera une pénalité sur vos remboursements que Energie mutuelle ne pourra prendre en charge.

Excepté pour :

- vos enfants de moins de 16 ans,
- les services d'urgence,
- les consultations de certains spécialistes comme : les ophtalmologues, les chirurgiens-dentistes, les gynécologues.
- en cas d'indisponibilité ou d'éloignement de votre lieu de résidence habituel,
- pour les accidents de travail ou les maladies professionnelles.

Avant d'engager vos dépenses, estimez vos remboursements en demandant un devis depuis votre Espace adhérent. Un moyen simple pour vérifier instantanément si des frais restent à votre charge, ou non.



Pour envoyer un devis, rendez-vous sur votre espace adhérent :

adh.energiemutuelle.fr

- Rubrique « **Contactez-nous** »,
- puis sur l'onglet « **Transmettre un document** »,
- Ensuite, choisissez l'objet de la demande « **Devis** », **sélectionner votre devis à envoyer**,
- et cliquez sur le bouton « **Envoyer votre demande** ».





4

Évolutions des cotisations

Comment sont déterminées les évolutions de cotisations ?
On vous dit tout !



**J'ai un problème de vue,
comment maîtriser
mes dépenses ?**

1

Je prends rendez-vous avec mon ophtalmologue habituel

3

Je m'informe sur les coût des soins

- Je demande à mon opticien le montant éventuel à ma charge et un devis sur le tarif pratiqué en présentant ma carte de tiers payant.
- Je compare, si besoin, mon devis à une offre « 100% santé » pour faire un choix éclairé.

5

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- Avec mon espace adhérent je consulte mes nouveaux décomptes.

2

Je choisis mon opticien

- Avec les opticiens partenaires du réseau Kalixia optique, je bénéficie d'équipements de qualité au meilleur coût (plus de 100 € d'économie en moyenne⁽¹⁾).
- Et grâce à l'offre « optique intégrale⁽²⁾ », je n'ai aucun reste à charge sur tous les verres.

4

J'évite l'avance de frais

- Avec ma carte de tiers payant acceptée, acceptée par tous les opticiens partenaires kalixia, j'évite l'avance de frais⁽³⁾ et je simplifie mes démarches.



Géolocalisez tous les partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre espace client ou contactez votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Energie mutuelle à équipement équivalent. (2) Selon vos garanties. (3) À hauteur des garanties souscrites.

4

Évolutions des cotisations

(e)Sodeli et (e)Cort

Cotisations mensuelles* (e)Sodeli et (e)Cort

		Cotisations mensuelles*		
		2023	2024	Ecart (€)
(e)Sodeli**	Isolé	9,91 €	10,92 €	0,61 €
	Famille	20,24 €	21,44 €	1,20 €
(e)Cort**	Isolé	26,88 €	28,76 €	1,88 €
	Famille	52,61 €	56,29 €	3,68 €

Cotisations mensuelles* Préférence

	2023		2024		Écart (€)	
	Seul	Famille	Seul	Famille	Seul	Famille
	€/ mois*	€/ mois*	€/ mois*	€/ mois*	€/ mois*	€/ mois*
Moins de 30 ans	44,91 €	116,09 €	50,30 €	130,02 €	5,39 €	13,93 €
De 30 à 39 ans	71,62 €	184,89 €	80,21 €	207,08 €	8,59 €	22,19 €
De 40 à 49 ans	106,21 €	244,80 €	118,96 €	274,18 €	12,75 €	29,38 €
De 50 à 59 ans	131,98 €	279,90 €	147,82 €	313,49 €	15,84 €	33,59 €
60 ans et plus	155,37 €	327,61 €	174,01 €	366,92 €	18,64 €	39,31 €

* 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.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2024 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.



4

Évolutions des cotisations

Sérénité

Cotisations mensuelles* Sérénité

			Cotisations mensuelles*		
			2023	2024	Ecart (€)
Sérénité		Isolé	55,96 €	62,68 €	6,72 €
		Famille	100,29 €	112,32 €	12,03 €
Sérénité + Sodeli**		Isolé	62,10 €	68,70 €	6,60 €
		Famille	110,93 €	122,84 €	11,90 €
Sérénité + eSodeli**		Isolé	59,64 €	66,24 €	6,60 €
		Famille	108,48 €	120,39 €	11,90 €
Sérénité + Cort**		Isolé	77,47 €	85,21 €	7,75 €
		Famille	140,53 €	154,67 €	14,14 €
Sérénité + eCort**		Isolé	74,55 €	82,29 €	7,75 €
		Famille	137,61 €	151,75 €	14,14 €

* 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.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2024 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.

4

Évolutions des cotisations

Oxygène 1 & Oxygène 2

Cotisations mensuelles* Oxygène 1

	2023		2024		Écart (€)	
	Seul	Couple	Seul	Couple	Seul	Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	38,51 €	76,71 €	41,59 €	82,85 €	3,08 €	6,14 €
Né entre 1982 et 1991	39,43 €	78,56 €	42,58 €	84,84 €	3,15 €	6,28 €
Né entre 1972 et 1981	44,25 €	88,21 €	47,79 €	95,27 €	3,54 €	7,06 €
Né entre 1962 et 1971	50,72 €	101,11 €	54,78 €	109,20 €	4,06 €	8,09 €
Né entre 1952 et 1961	76,47 €	152,67 €	82,59 €	164,88 €	6,12 €	12,21 €
Né entre 1942 et 1951	90,98 €	181,65 €	98,26 €	196,18 €	7,28 €	14,53 €
Né entre 1932 et 1941	134,51 €	268,73 €	145,27 €	290,23 €	10,76 €	21,50 €
Né avant 1931	147,40 €	294,50 €	159,19 €	318,06 €	11,79 €	23,56 €
Enfant	33,78 €		36,48 €		2,70 €	

Cotisations mensuelles* Oxygène 2

	2023		2024		Écart (€)	
	Seul	Couple	Seul	Couple	Seul	Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	56,33 €	112,37 €	60,84 €	121,36 €	4,51 €	8,99 €
Né entre 1982 et 1991	57,67 €	115,04 €	62,28 €	124,24 €	4,61 €	9,20 €
Né entre 1972 et 1981	63,99 €	127,70 €	69,11 €	137,92 €	5,12 €	10,22 €
Né entre 1962 et 1971	79,79 €	159,34 €	86,17 €	172,09 €	6,38 €	12,75 €
Né entre 1952 et 1961	98,78 €	197,29 €	106,68 €	213,07 €	7,90 €	15,78 €
Né entre 1942 et 1951	128,84 €	257,38 €	139,15 €	277,97 €	10,31 €	20,59 €
Né entre 1932 et 1941	157,30 €	314,28 €	169,88 €	339,42 €	12,58 €	25,14 €
Né avant 1931	187,37 €	374,43 €	202,36 €	404,38 €	14,99 €	29,95 €
Enfant	50,11 €		54,12 €		4,00 €	

* 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.

4

Évolutions des cotisations

Essentiel 1 & Essentiel 2

Cotisations mensuelles* Essentiel 1

	2023		2024		Écart (€)	
	Seul	Couple	Seul	Couple	Seul	Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	124,29 €	248,26 €	134,23 €	268,12 €	9,94 €	19,86 €
Né entre 1982 et 1991	127,24 €	254,20 €	137,42 €	274,54 €	10,18 €	20,34 €
Né entre 1972 et 1981	133,58 €	266,87 €	144,27 €	288,22 €	10,69 €	21,35 €
Né entre 1962 et 1971	139,88 €	279,48 €	151,07 €	301,84 €	11,19 €	22,36 €
Né entre 1952 et 1961	147,79 €	295,27 €	159,61 €	318,89 €	11,82 €	23,62 €
Né entre 1942 et 1951	171,52 €	342,78 €	185,24 €	370,20 €	13,72 €	27,42 €
Né entre 1932 et 1941	195,24 €	390,20 €	210,86 €	421,42 €	15,62 €	31,22 €
Né avant 1931	220,55 €	440,78 €	238,19 €	476,04 €	17,64 €	35,26 €
Enfant	62,44 €		67,44 €		5,00 €	

Cotisations mensuelles* Essentiel 2

	2023		2024		Écart (€)	
	Seul	Couple	Seul	Couple	Seul	Couple
	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*	€/mois*
Né en 1992 et après	177,31 €	354,32 €	191,49 €	382,67 €	14,18 €	28,35 €
Né entre 1982 et 1991	181,55 €	362,80 €	196,07 €	391,82 €	14,52 €	29,02 €
Né entre 1972 et 1981	190,61 €	380,85 €	205,86 €	411,32 €	15,25 €	30,47 €
Né entre 1962 et 1971	199,62 €	398,91 €	215,59 €	430,82 €	15,97 €	31,91 €
Né entre 1952 et 1961	208,69 €	417,00 €	225,39 €	450,36 €	16,70 €	33,36 €
Né entre 1942 et 1951	237,61 €	474,87 €	256,62 €	512,86 €	19,01 €	37,99 €
Né entre 1932 et 1941	266,50 €	532,68 €	287,82 €	575,29 €	21,32 €	42,61 €
Né avant 1931	297,22 €	594,12 €	321,00 €	641,65 €	23,78 €	47,53 €
Enfant	89,03 €		96,15 €		7,12 €	

* 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.

4

Évolutions des cotisations

(e)Equilibre R2 et (e)Confort R2

(e)Equilibre AM et (e)Confort AM

Cotisations mensuelles* (e)Equilibre R2 et (e)Confort R2

		Cotisations mensuelles*		
		2023	2024	Ecart (€)
Equilibre R2	Sans enfant à charge	42,76 €	45,56 €	2,80 €
	Avec enfant(s) à charge	75,02 €	80,08 €	5,06 €
eEquilibre R2	Sans enfant à charge	40,03 €	42,83 €	2,80 €
	Avec enfant(s) à charge	72,29 €	77,35 €	5,06 €
Confort R2	Sans enfant à charge	63,34 €	67,55 €	4,21 €
	Avec enfant(s) à charge	108,70 €	116,08 €	7,38 €
eConfort R2	Sans enfant à charge	60,10 €	64,31 €	4,21 €
	Avec enfant(s) à charge	105,46 €	112,84 €	7,38 €

Cotisations mensuelles* (e)Equilibre AM et (e)Confort AM

		Cotisations mensuelles*		
		2023	2024	Ecart (€)
Adulte seul ou avec enfant(s)	Equilibre AM**	75,70 €	81,54 €	5,84 €
	eEquilibre AM	72,97 €	78,81 €	5,84 €
	Confort AM**	117,87 €	127,04 €	9,17 €
	eConfort AM	114,63 €	123,80 €	9,17 €

* 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.

** Pour les adhérents Sodeli et Cort la cotisation mensuelle de la garantie perte d'autonomie / dépendance est inchangée pour 2024 : 2,73 € pour Sodeli et 3,24 € pour Cort.

5_A

Être couvert en inactivité ou en retraite

Bien préparer sa retraite : pas de question sans réponse !



Futur retraité : c'est le moment de penser à sa complémentaire santé !

Profitez de la couverture CSM Evin afin de maintenir votre couverture de branche CSM d'entreprise CSM. Vous bénéficierez du même niveau de garanties que votre couverture salariée, à des cotisations avantageuses, sans interruption de couverture, tout en gardant la télétransmission avec la Camieg.

À la retraite, comment serais-je couvert ?

Votre affiliation obligatoire à la Couverture Supplémentaire Maladie CSM cesse au jour de la fin de votre contrat de travail, vous n'êtes plus couvert dès le 1^{er} jour qui suit le départ de votre entreprise. C'est pourquoi il est important de faire son choix avant de partir en retraite.

Quels sont les choix qui s'offrent à moi ?

Vous et vos ayants droit pouvez continuer à bénéficier des mêmes prestations santé CSM que les agents en activité et des mêmes services grâce à la garantie CSM Evin.

À quoi correspond le délai de 6 mois ?

La couverture CSM Evin est accessible au plus tard dans les 6 mois postérieurs à votre départ en retraite. C'est un délai qui permet éventuellement de prendre

un temps de réflexion pour le choix de sa nouvelle mutuelle. **Cependant, vous n'êtes plus couvert par Energie mutuelle dès le premier jour du départ en retraite.**

Quelle est la différence entre le contrat CSM des actifs et le contrat CSM Evin des retraités ?

Les niveaux de remboursements sont totalement identiques, vous gardez le même niveau de prestation. Seule la cotisation diffère en raison de l'arrêt de participation de l'employeur.

Qui peuvent être affiliés sur la couverture CSM Evin ?

Les ayants-droits du contrat CSM Evin doivent obligatoirement être affiliés sous la couverture Camieg de l'ouvrant droit (enfants et conjoint(e)).

Deux anciens salariés des IEG peuvent-ils être affiliés ensemble ?

La couverture CSM Evin est soumise à l'affiliation individuelle de chaque agent, donc elle ne peut pas couvrir deux anciens agents des IEG ensemble. Cependant, la couverture Sérénité, bénéficiant d'un niveau similaire de prestation le permet.

Y'a-t-il plusieurs niveaux de couvertures possibles ?

Vous avez la possibilité, comme pour le contrat CSM, d'ajouter une option Sodeli ou Cort afin d'améliorer le niveau de remboursement et de bénéficier de services et d'assistances supplémentaires.

Comment se calcule la cotisation ?

La cotisation de la couverture CSM Evin se calcule avec un pourcentage de 1,519 % de votre salaire de référence des 12 derniers mois en activité (salaires bruts toutes primes comprises). Toutefois, les cotisations sont plafonnées, les trois premières années, avec une cotisation mensuelle maximale de 52,10 € et vous bénéficierez d'une réduction sur les deux premières années. Les ayants droit (affiliés camieg) bénéficient d'une cotisation unique de 1,012 % du PMSS (39,12 €).

Bénéficierai-je toujours de la Télétransmission Camieg

La télétransmission avec la Camieg se conserve et vous n'avez pas de démarches supplémentaires à effectuer.

5_B

Précis sur la loi Evin

La loi Evin de 1989 prévoit la possibilité de conserver sa mutuelle après avoir quitté son entreprise. Conditions, avantages, inconvénients, tout sur la loi Evin.

Loi Evin pour sa mutuelle santé : qu'est-ce que c'est ?

La loi Evin évoque les sujets liés au tabac et à l'alcool. Mais le ministre des Affaires sociales et de la Solidarité entre 1988 et 1991, Claude Evin, est aussi à l'origine d'une loi majeure sur la mutuelle santé. **En effet, l'article 4 de la loi Evin de 1989 prévoit que les salariés quittant une entreprise peuvent continuer à bénéficier de la mutuelle santé en vigueur dans leur entreprise.**

Loi Evin : dans quelles conditions peut-on en profiter ?

Selon l'article 4 de la loi Evin sur la mutuelle obligatoire collective, les anciens salariés peuvent continuer à bénéficier de cette mutuelle lorsqu'ils ont quitté l'entreprise. Les personnes concernées sont :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- les bénéficiaires d'une pension de retraite ;
- les personnes qui perçoivent les allocations chômage ;
- les ayants droit d'un salarié décédé qui veulent conserver la mutuelle collective du défunt.

Pour bénéficier de l'article 4 de la loi Evin sur la mutuelle, les anciens salariés disposent de 6 mois à compter de la rupture du contrat pour faire leur demande. Les ayants droit disposent également de 6 mois après le décès pour demander la continuité de la mutuelle. Les anciens salariés qui demandent la portabilité obtiennent un maintien des garanties sans condition de durée.

Quelles incidences sur la cotisation de mutuelle santé avec la loi Evin ?

Au maintien des garanties correspondent des avantages en termes de cotisations. Initialement, le montant de la cotisation ne pouvait excéder 50 % du prix appliqué aux salariés.

Depuis le décret 2017-372 du 21 mars 2017, une évolution des tarifs est prévue sur trois ans.

La 1^{re} année, **le prix payé par l'ancien salarié ne peut être supérieur aux tarifs globaux applicables aux**

salariés encore actifs. La 2^e année, la cotisation ne peut excéder 25 % de ces tarifs. La 3^e année, elle ne peut excéder 50 %. À compter de la 4^e année et par la suite, les tarifs ne sont plus encadrés et sont déterminés en vue d'assurer l'équilibre financier du contrat.

Qu'appelle-t-on les tarifs globaux des actifs ? Peuvent-ils augmenter ?

Le plafond d'augmentation fixé par la loi et son décret d'application ne s'applique pas au montant de cotisations que les salariés payaient antérieurement, mais bien au « tarif global applicable aux salariés actifs de l'entreprise », disposition définie comme la moyenne de l'ensemble des tarifs appliqués aux salariés actifs de l'entreprise, toutes situations confondues (en ce sens compris les tarifs individuels et familiaux).

La loi n'interdit pas des augmentations ultérieures des tarifs de leur contrat individuel dans la mesure où cette hausse est uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents y souscrivant (3^e alinéa de l'article 6 de la loi).

Avantages de la loi Evin

L'avantage majeur de la loi Evin sur la mutuelle est le maintien des garanties sans limite de durée. Les garanties des contrats collectifs sont parfois avantageuses, l'ancien salarié continuera à être bien protégé. D'autre part, il n'y a pas de questionnaire médical à remplir.

La loi Evin pour sa mutuelle santé : est-ce toujours intéressant ?

Vous l'aurez compris, la loi Evin offre bien des avantages. Ainsi, vous bénéficiez du maintien des garanties des salariés en activité, malgré des cotisations sans participation de l'employeur.

Pour être certain de trouver une complémentaire santé sur-mesure à l'âge notamment de la retraite, il peut être intéressant de souscrire à un renfort comme Sodeli ou Cort et ainsi de trouver une couverture parfaitement adaptée à vos besoins.



5_B

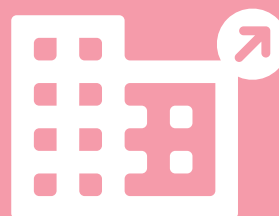
Être couvert en inactivité ou en retraite

À la sortie du dispositif CSM, pour conserver votre mutuelle en tant que retraités notamment, la CSM Evin est faite pour vous ! Les adhérents de la CSM bénéficient du dispositif CSM Evin qui leur permet de bénéficier de plusieurs garanties prévues par la Loi dite « Evin du 31 décembre 1989 » :

Le même niveau de garanties sans délai de carence ni questionnaire médical



Un délai de 6 mois pour y adhérer après avoir quitté leur entreprise



Un encadrement tarifaire en référence aux tarifs globaux appliqués aux actifs (c'est-à-dire, la moyenne des tarifs appliqués aux salariés actifs, toutes situations confondues – isolé et famille), **permettant de maintenir aux retraités l'accessibilité des garanties et services des actifs :**

année 1
0% maximum

année 2
+25%

année 3
+50%

années suivantes

tarifs fixés de manière à ce que l'équilibre financier puisse être respecté

(décret n°2017-372 du 21 mars 2017)

Maximum + 50 % pour les adhésions antérieures au 1^{er} juillet 2017
(décret n°90-769 30 août 1990)

Les services de la CSM sont reconduits



Tiers payant Viamedis



Téléconsultation médicale



Deuxième Avis Médical



Imagerie 3D (Visible Patient)

Génération CSM Evin	Structure cotisation	2023		2024		Ecart
		Taux*	€ max	Taux*	€ max	
< 2016	Evin 1					€
Décret 1990	Isolé	1,461 %	50,08 €	1,564 %	54,10 €	4,02 €
Art. 4 et 6	Famille	2,577 %	88,34 €	2,758 %	95,42 €	7,08 €
> 2016 et < 07/2017	Evin 2					
Décret 1990	Isolé	1,461 %	50,08 €	1,564 %	54,10 €	4,02 €
Art. 4 et 6	Famille	2,577 %	88,34 €	2,758 %	95,42 €	7,08 €
> 07/2017	Evin 3					
Art. 4 et 6	Isolé 1 ^{er} année	0,938 %	32,15 €	1,013 %	34,72 €	2,57 €
	Isolé 2 ^e année	1,172 %	40,18 €	1,265 %	43,39 €	3,21 €
	Isolé 3 ^e année	1,407 %	48,23 €	1,519 %	52,10 €	3,87 €
	Isolé 4 ^e année	1,461 %	50,08 €	1,578 %	54,12 €	4,04 €
	Ayants droit Camieg	0,988 %**	36,22 €	1,012 %	39,10 €	2,88 €

* Taux de cotisations à CSM Evin.

** Les taux sont exprimés en pourcentage salaire de référence (rémunération brute des 12 derniers mois d'activités, primes comprises) dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale servant d'index.



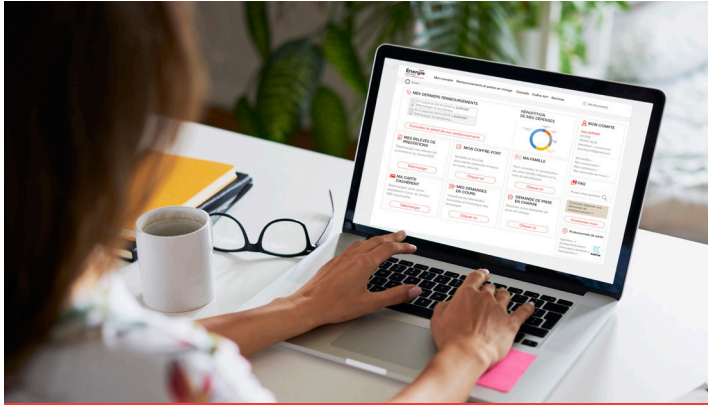
Avec CSM Evin, votre garantie est viagère !

La loi Evin prévoit un encadrement tarifaire durant les 3 premières années. Après cette période vous restez toujours assuré par CSM Evin sans aucune formalité à accomplir et conservez tous les avantages de la branche des IEG.



Les services d'Energie mutuelle

Votre espace personnel et mon appli mobile



Toutes vos démarches en quelques clics



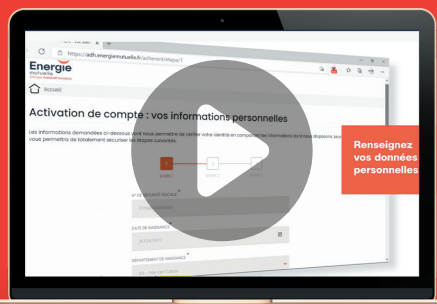
ACTIVER MON COMPTE



GÉRER MES DÉPENSES DE SANTÉ



ACCÉDER À MES INFORMATIONS PERSONNELLES



Rendez-vous sur adh.energiemutuelle.fr

CLIQUEZ SUR CETTE VIDÉO POUR LIRE LE TUTORIEL ET ACTIVEZ VOTRE COMPTE SUR L'ESPACE PERSONNEL



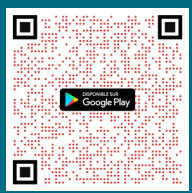
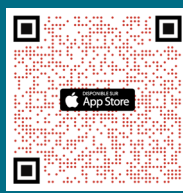
Découvrez notre appli



en 2 min!

Prenez en photo vos devis et factures
Transmettez en un clic
Soyez remboursé encore plus vite !

Consultez votre espace personnel sur l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google Play ou App Store, en flashant le QR code :





Les services d'Energie mutuelle

Gestion de mes remboursements

Passons d'abord en revue deux questions qui sont posées régulièrement à nos téléconseillers !

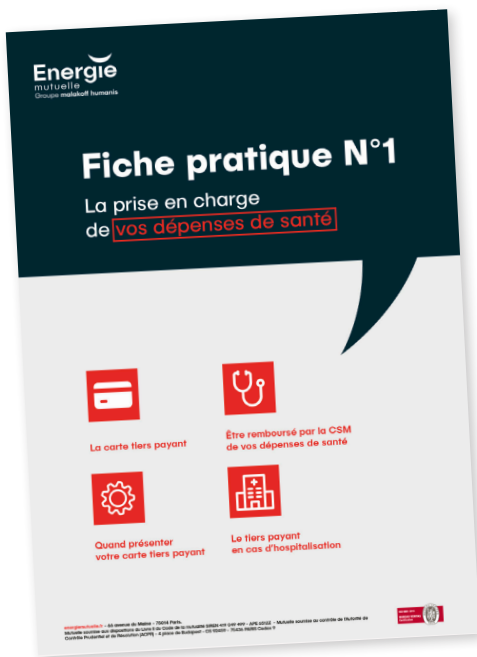
Pourquoi le nom de ma garantie ne figure-t-elle pas sur la carte de tiers payant ?

C'est très simple, la carte de tiers payant est un moyen destiné à vous dispenser de faire l'avance des frais. Elle renseigne le professionnel de santé du niveau de votre garantie grâce aux identifiants figurant sur celle-ci. Le nom de la garantie ne le renseignera pas sur vos prestations. En se connectant sur Viamedis, votre professionnel de santé pourra pratiquer le tiers payant à hauteur de votre garantie et dans la limite des frais engagés et des remboursements de l'assurance maladie.

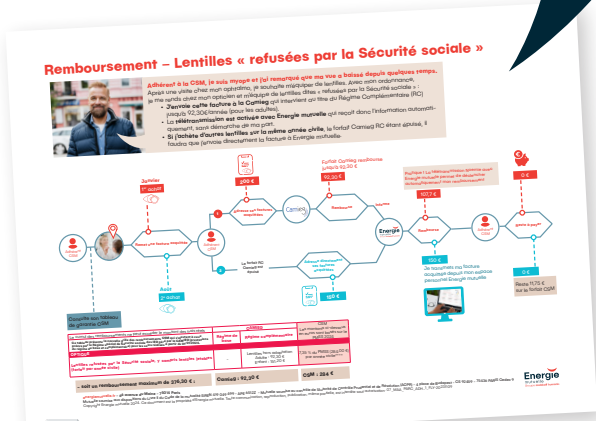
Pourquoi n'ai-je pas de carte de tiers payant ?

Pour certaines garanties, vous disposez d'une attestation parce que votre premier niveau de couverture intervient en surcomplémentaire de votre couverture qui n'est pas assurée par Energie mutuelle. Le professionnel de santé ne peut pratiquer le tiers payant lorsque l'assuré dispose de deux complémentaires santé différentes. C'est le cas des garanties Equilibre R2 et Confort R2 ainsi que pour certains adhérents des renforts Sodeli ou Cort.

Pour comprendre la prise en charge de vos dépenses de santé, consultez la fiche pratique qui correspond à votre situation.



Cliquer sur l'image pour ouvrir la fiche pratique



PDF Remboursement lunettes « refusées par la Sécurité sociale »

PDF Remboursement lunettes « acceptées par la Sécurité sociale »

PDF Remboursement parcours hospitalisation

PDF Remboursement dépassements d'honoraires en hospitalisation

PDF Remboursement orthodontie enfant de - de 16 ans



Les services d'Energie mutuelle

Le tiers payant

Un réseau de tiers payant plus étendu pour moins d'avance de frais !

Depuis le 1^{er} janvier 2019, votre couverture frais de santé a confié à Viamedis, opérateur national de tiers payant certifié ISO 9001, la gestion du tiers payant : hospitalisation, optique, audioprothèse pour les adhérents relevant de la Camieg* et audioprothèse pour les assurés du Régime général d'Assurance maladie.

VOS AVANTAGES

Accords de prises en charge hospitalisation, optique et audioprothèse instantanés



HOSPITALISATION

Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande



OPTIQUE ET AUDIOPROTHÈSE

De même, les professionnels de santé obtiennent directement la réponse à leurs demandes de prise en charge saisies en ligne

Accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France



240 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

du réseau Viamedis acceptent votre carte de tiers payant, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM)



GÉOLOCALISATION

accessible depuis votre espace adhérent

*Le tiers payant lié aux prestations versées par la Camieg est effectué directement par celle-ci auprès du professionnel de santé, selon les conventions Camieg en vigueur.



Les services d'Énergie mutuelle

Des services à chaque situation

Ma santé



Téléconsultation médicale

24h/24 et 7j/7



Visible Patient Solution

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical



Deuxième Avis Médical

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



Ma famille



Energie Mutuelle Services*

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

*selon votre garantie ou renfort



Assistance Dépendance*

rente viagère mensuelle et aménagement du domicile (Indépendance Royale)

Mon budget

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

Paroles d'adhérents

Téléconsultation médicale

– Jeanne

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

Assistance Energie Mutuelle

– Farid

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

Deuxième Avis Médical

– Monique,
atteinte d'un cancer du sein

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



Les services d'Energie mutuelle

Zoom sur Kalixia

Le réseau optique Kalixia

Parce que votre mutuelle est bien plus qu'une complémentaire santé

Quand on pense complémentaire santé, on ne pense souvent qu'aux remboursements. Avec Energie mutuelle, votre contrat santé vous rembourse mais vous fait aussi bénéficier de services pratiques et utiles au quotidien. Ainsi, nous vous protégeons toujours mieux avec des garanties pratiques qui intègrent les évolutions réglementaires du « 100 % Santé », des aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social et de nouveaux services dont le réseau Kalixia pour prendre soin de votre santé et rendre vos démarches plus faciles.

Kalixia : un réseau de partenaires santé partout en France

Des opticiens, des centres audios et des ostéopathes, vous proposent selon vos garanties des avantages et réductions sur présentation de votre carte de tiers payant.

L'objectif : réduire votre reste à charge, maîtriser l'inflation des coûts, garantir la qualité des prestations, tout en vous offrant une liberté de choix.

Les plus du réseau

Kalixia optique : un réseau de 7 100 opticiens

- **Des verres en moyenne 35 % moins chers** par rapport aux prix habituellement constatés sur le marché
- **20 % de réduction au minimum sur les montures** (hormis certaines montures de marques non soumises à réduction)
- L'assurance de verres de qualité supérieure, dont la **traçabilité est assurée**
- **Un suivi privilégié** ; entretien, remplacement en cas de casse ou d'inadaptation aux progressifs ou aux lentilles, contrôles réguliers de l'évolution de votre vision.

Kalixia audio : 5 100 centres audio

Des tarifs préférentiels sur toutes les gammes d'aides auditives : jusqu'à 600 € en moyenne d'économie pour un double équipement (prix moyen constaté sur le marché : 3 600 € pour un double équipement).

- **Un suivi personnalisé et régulier** lors de la période d'essai et d'adaptation, pendant toute la durée de vie de l'appareil
- **Un tarif tout compris** pour un appareil prêt à l'emploi, livré avec un kit d'entretien
- La possibilité d'en **faire bénéficier ses ascendants** directs.

Kalixia ostéo : plus de 500 ostéopathes

- **Des prix maîtrisés** entre 50 et 70 € la séance
- **Une charte qualité**
- Des professionnels de santé sélectionnés avec soin
- La saisie de votre facture acquittée en ligne sur votre espace adhérent Energie mutuelle.



Kalixia

1^{er} réseau de France
avec 11 millions de bénéficiaires

Géolocalisation accessible
depuis votre espace adhérent

Liberté de choix
du professionnel de santé

Tiers payant systématique,
en optique et en audio
via notre partenaire Viamedis



Les services d'Energie mutuelle

Deuxième Avis Médical inclus dans votre contrat santé



Vous vous posez des questions avant une décision médicale importante :

- Dois-je me faire opérer ?
- Le traitement proposé à ma fille est-il adapté ?
- Est-ce le bon diagnostic ?

Parce que deux avis valent mieux qu'un, Energie mutuelle vous permet d'obtenir l'avis d'un médecin spécialisé reconnu dans votre pathologie en moins de 7 jours.

Deuxiemeavis.fr qu'est-ce que c'est ?

650
PATHOLOGIES
COUVERTES

250
MÉDECINS
SPÉCIALISTES


**100 % PRIS
EN CHARGE
PAR ENERGIE
MUTUELLE**


**SUPPORT
PATIENT**
Accompagnement
hotline, chat, mail de
9h à 18h du lundi au
vendredi


**AVIS ÉCRIT
EN - DE 7 J.**
sur la base d'un
dossier médical
complet

98 % DE RECOMMANDATION DU SERVICES

Comment ça marche ?

- 1** Connectez-vous à deuxiemeavis.fr via votre espace adhérent
- 2** Sélectionnez votre pathologie, visualisez la liste des médecins spécialisés et posez votre question
- 3** Remplissez votre dossier médical, et transmettez les informations et les documents médicaux à votre disposition
- 4** Obtenez l'avis de l'expert en moins de 7 jours
- 5** Partagez ce deuxième avis avec votre équipe médicale traitante si vous le souhaitez



Cliquez sur cette vidéo pour en savoir plus le service Deuxième Avis



Les services d'Énergie mutuelle

Deuxième Avis Médical, ils en parlent

Témoignages



Floriane, atteinte d'endométriose

Depuis l'âge de 9 ans, Floriane souffre de violentes crises de douleurs dans le bas ventre puis de troubles digestifs avec de forts ballonnements, de troubles urinaires, de fatigue chronique...

Après plusieurs examens médicaux et 15 ans d'errance médicale, Floriane apprend l'existence d'une maladie nommée Endométriose et dont les symptômes correspondent à ceux qu'elle subit depuis son plus jeune âge. En se documentant, elle découvre deuxiemeavis.fr et décide de prendre l'avis de l'un des médecins spécialistes en endométriose.

Enfin diagnostiquée, c'est un réel soulagement pour elle de comprendre ses symptômes et de mettre un nom sur les maux dont elle souffre depuis si longtemps.



Philippe, atteint d'une hernie discale

Philippe, qui souffrait d'une hernie discale, était invité par son chirurgien à se faire opérer au plus vite. Cependant Philippe, craignant l'opération, se demandait si d'autres alternatives pouvaient être envisagées. Grâce à deuxiemeavis.fr il a pu poser toutes ses questions concernant cet acte chirurgical et les différents traitements possibles. Le deuxième avis étant convergent avec le premier, **cela lui a permis d'aborder cette opération de manière plus sereine.**



Michel 77 ans, atteint d'un cancer de la prostate

Récemment, on a diagnostiqué à Michel un cancer de la prostate. Il s'est tourné vers deuxiemeavis.fr, pour obtenir une confirmation du traitement qui lui a été proposé. Il a connu le site deuxiemeavis.fr par sa mutuelle qui le prend en charge à 100%.

Cinq jours après avoir envoyé une demande de deuxième avis, Michel a reçu le compte-rendu d'un médecin expert de sa maladie sur le traitement qui lui a été proposé. **Très satisfait de l'avis rendu par le médecin expert**, Michel dispose désormais de tous les éléments pour discuter avec son médecin.



Consulter d'autres témoignages sur le site deuxiemeavis.fr

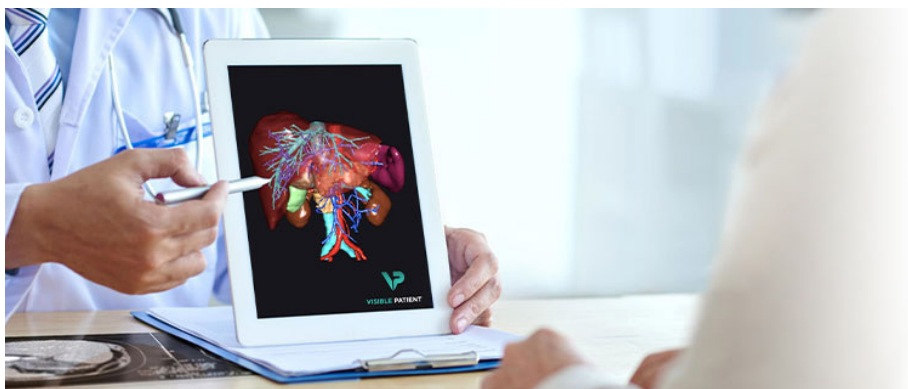


Important : Cette expertise médicale peut être demandée pour de nombreuses pathologies et traitements. Notre service deuxième avis ne remplace pas votre médecin traitant. Nous vous conseillons vivement de partager avec lui les recommandations que vous recevrez.



Les services d'Energie mutuelle

Visible Patient



VISIBLE PATIENT

Votre imagerie médicale en 3D pour une chirurgie plus sûre

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

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

EXAMEN STANDARD



1

Je consulte un médecin



2

Je passe un examen d'imagerie scanner ou IRM

INNOVATION TECHNOLOGIQUE



3

Visible Patient modélise la copie virtuelle de mon anatomie



4

Mon médecin planifie et optimise l'opération à l'aide de mon modèle 3D

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

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



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

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



3 000 PATIENTS en ont déjà bénéficié



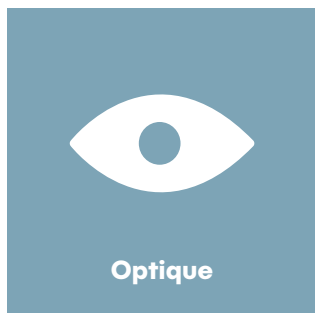
Consultez, sur notre site, la rubrique dédiée « **Energie mutuelle Visible Patient** » pour plus d'informations



Les services d'Energie mutuelle

Zoom Action sociale

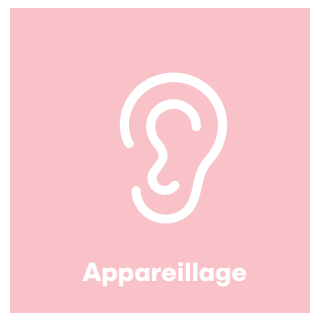
En cas de situation particulièrement difficile, en lien avec le risque maladie, l'autonomie ou le handicap, des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations Energie mutuelle peuvent être versées par la commission d'entraide santé après étude des demandes par celle-ci.



Optique



Dentaire



Appareillage



Soins médicaux⁽¹⁾



Paramédical⁽²⁾



Equipement⁽³⁾

Les dossiers d'entraide santé ne peuvent pas être étudiés, si :

- Le reste à charge est inférieur à 200 €
- Les frais sont acquittés depuis plus d'un an à la date de réception

(1) Chambre particulière, dépassements d'honoraires et traitement spécifique non remboursé, forfait journalier, frais de séjour, hébergement temporaire, pharmacie, laboratoire, médecine douce, aide à la procréation, praticien non OPTAM

(2) Psychologie, neuropsychologie, psychothérapie, EDMR, psychomotricité, ergothérapie, orthoptie, graphomotricité, podologie, kinésithérapie, orthophonie...

(3) Lit médicalisé, scooter électrique..., toujours en lien soit avec le handicap, soit avec la perte d'autonomie.

Comment y accéder ?

Nous nous tenons à votre disposition et vous remercions de nous retourner votre dossier complet à l'adresse ci-dessous :

Energie mutuelle
Pôle Social
4 rue FULTON
49000 ANGERS



ou



via notre site internet
energiemutuelle.fr

Onglet « Solidarité et Assistance »,
rubrique « Service Solidarité et Prévention »

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel



7

Rapport d'activité Energie mutuelle



Consultez le rapport d'activité,
sur notre site web





Nouvelle offre ENERGIE 1.2.3.4

Zoom

Les garanties ENERGIE 1.2.3.4 offrent un niveau de remboursement supplémentaire au Régime général ou local de la Sécurité sociale.

L'adhésion à l'une de ces garanties permet de diminuer ses frais de santé et son reste à charge tout en bénéficiant de prestations adaptées à ses besoins.



L'équipe de conseillers à votre service - Angers

Les + de l'offre

- Des **tarifs préférentiels avec Kalixia**, le premier réseau de soins de France en optique, audioprothèse et ostéopathie.
- **4 niveaux de garanties** adaptés à chaque besoin.
- **5 domaines d'intervention** (dentaire, optique, médecine de ville, matériel médical, hospitalisation).
- **Tarifs adaptés** pour le régime local Alsace Moselle.
- Une **gestion simple et intuitive de son contrat** santé grâce à l'espace adhérent et l'application mobile.
- Des services de **télé médecine et d'assistance médicales**.

Les services inclus

- **Energie Mutuelle Services** : une assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile ou en cas de Radio/Chimiothérapies (aide à domicile, prise en charge des enfants ou d'une personne dépendante, gardiennage d'animaux, portage de repas et médicaments à domicile, garde d'enfants malades...).
- **Téléconsultation médicale** : Consultation de médecins à distance via une visioconférence ou par téléphone, 24h/24 et 7j/7, en France comme à l'étranger.
- **Deuxième avis médical** : Des médecins experts apportent un second diagnostic pour éclairer les décisions de santé en cas de problèmes sérieux ou de situations médicales complexes.
- **Visible Patient** : Service d'imagerie 3D qui permet de réaliser une copie virtuelle de l'anatomie en 3 dimensions. Grâce à ce concept, le médecin prépare et simule sans aucun risque son geste opératoire et peut ainsi adapter sa chirurgie à l'anatomie.

Qui est concerné

Cette offre est accessible à toutes personnes relevant du régime Général de la Sécurité Sociale et avantageuse dans les situations suivantes :

- **les affiliés du Régime Local Alsace Moselle**, en effet les remboursements et les cotisations sont adaptés à ce Régime Spécial,
- **un niveau 1 économique**, pour ceux qui souhaitent s'assurer pour les besoins en santé uniquement essentiels,
- **idéal pour les jeunes de plus de 26 ans** sortant de la CSM mais encore affiliés auprès de la camieg jusqu'à la fin de l'année civile (le niveau 1 agissant en surcomplémentaire de la camieg),
- **un niveau 4 haut de gamme** en remboursements, proche et similaire à la couverture santé d'un salarié ou retraité des IEG (camieg + Energie Mutuelle).

Contactez votre mutuelle

Vous souhaitez **communiquer** avec votre mutuelle ?

Par téléphone

Du lundi au vendredi de 9h à 17h

0 969 32 46 46 Service gratuit
+ prix appel

(adhérents CSM et CSM Evin)

0 969 32 37 37 Service gratuit
+ prix appel

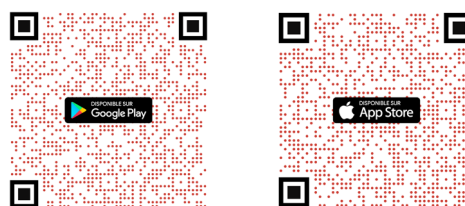
(adhérents Energie mutuelle)

Par internet

24h/24 et 7j/7 via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

ou via l'appli Energie mutuelle, disponible depuis Google Play ou App Store, en flashant le QR code :



Vous pouvez aussi prendre rendez-vous, en quelques clics, rubrique « Prendre un rendez-vous » puis réserver votre créneau.

Bien pratique !

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 internet

via l'espace adhérent

adh.energiemutuelle.fr

rubrique « Nous contacter »



Par courrier

adressez votre adhésion à
Energie mutuelle
66 rue du Maine
75014 PARIS

Energie
mutuelle
Groupe malakoff humanis

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

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9