



SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

Protection, services, accompagnement social

Tout savoir sur mon contrat santé

Guide de l'adhérent AREC • Janvier 2023





En tant qu'adhérent de l'AREC, vous bénéficiez d'une complémentaire santé souscrite à titre facultatif.

Cette complémentaire santé facultative, vous propose des garanties optique, dentaire, hospitalisation, aux meilleurs standards du marché et vous donne accès en complément de vos remboursements à de nombreux services pour prendre soin de votre santé et à des aides personnalisées dans le cadre de notre accompagnement social.

En résumé, toujours plus de protection pour vous donner le sourire !

Quels sont les avantages de ma complémentaire santé ?

Grâce à ce contrat, vous êtes couvert pour vos remboursements complémentaires en frais de santé.

Améliorée

Vos garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale ou telles que prévues dans votre contrat.

Elles s'articulent autour :

- d'un régime **OPTION A**
- d'un régime **socle OPTION B**
- d'un régime **surcomplémentaire OPTION B+** pour renforcer les postes consultation, hospitalisation et optique.

Adaptée

- Sa **garantie « Adulte / Enfant »** permet de couvrir l'ensemble de votre foyer (voir détail en page 6).
- Les **cotisations** sont **basées sur une valeur mensuelle par bénéficiaire**. Le règlement des cotisations s'effectue d'avance, par prélèvement automatique chaque trimestre.

Simple

- Vous bénéficiez automatiquement du **tiers payant** pour limiter l'avance de frais auprès de certains professionnels de santé.
- Les **remboursements** complémentaires et surcomplémentaires se font **en une seule fois**.
- Les **cotisations** (régime Option A, régime socle Option B et régime surcomplémentaire Option B+) sont **prélevées directement** sur votre compte bancaire.

Comment modifier mon niveau de garanties ?

Vous souhaitez améliorer votre contrat « Option A » ?

Vous pouvez opter pour le contrat « **Option B** » ou l'option surcomplémentaire « **Option B+** ».

Il vous suffit de le cocher :

- A l'aide d'un nouveau bulletin :
 - dans les 3 mois qui suivent un changement de situation de famille ;
 - tous les ans avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

L'Option B couvrira automatiquement les bénéficiaires de votre « contrat Option A »

Et

L'Option B+ couvrira automatiquement les bénéficiaires de votre « contrat Option B ».

Vous êtes déjà affilié à la surcomplémentaire santé facultative ?

Vous pouvez modifier votre choix d'option :

- Tous les ans avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.
- Au plus tard dans le mois qui suit un changement de situation de famille pour une prise d'effet au 1^{er} jour du mois suivant.

Pour être accompagné dans vos démarches, contactez le service client au **09 69 32 37 37**.

À NOTER

Vous pouvez renoncer à votre surcomplémentaire facultative sans motif particulier dans les 30 jours qui suivent votre adhésion, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée avec accusé de réception.

Vous pouvez également résilier votre surcomplémentaire :

- Dans un délai d'un mois, en cas de modification apportée dans vos garanties.
- Tous les ans avant le 31 octobre par lettre recommandée avec accusé de réception.
- A tout moment, à compter d'un an d'affiliation au contrat (effet un mois de date à date à compter de la réception)

La renonciation ou la dénonciation sera alors définitive.

Qui peut bénéficier de ma complémentaire santé ?



■ VOUS

■ VOS ENFANTS

- célibataires ou ceux de votre conjoint à charge fiscalement :
- de moins de 21 ans ;
 - de moins de 26 ans, s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures ou en contrat d'apprentissage à condition que leurs ressources mensuelles soient inférieures à 80 % du Smic ;
 - de moins de 26 ans à la recherche d'un premier emploi ;
 - quel que soit leur âge, s'ils ouvrent droit à l'allocation d'éducation pour enfant handicapé.

■ VOTRE CONJOINT ou ASSIMILE

- marié(e) ;
- ou lié(e) par un Pacte civile de solidarité (Pacs) ;
- ou votre concubin, sous réserve qu'il réside sous le même toit que vous, l'adresse figurant sur le décompte de la Sécurité sociale faisant foi.
- ou votre concubin, personne vivant en concubinage avec le participant. Conformément à l'article 515-8 du code Civil, le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

A quel moment pouvez-vous demander leur affiliation ?

L'affiliation de vos ayants droit peut être faite :

- Au moment de votre affiliation.
- En cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...).

Leur affiliation cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues dans le contrat ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

À NOTER

Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, pensez à nous adresser avant le 31 octobre de chaque année, les éléments justifiant de leur situation pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de votre couverture santé. **En ligne** via votre Espace Client, **ou par courrier** à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

Enfants à charge: quels justificatifs fournir ?



- **âgés de moins de 21 ans**, être non salariés, bénéficiers d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Participant

_____ **ATTESTATION CARTE VITALE**

- **fournir annuellement tout justificatif de leur situation et être à la recherche d'un 1^{er} emploi et inscrite à ce titre à Pôle Emploi**

_____ **COPIE DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE**

- **ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 26 ans**, s'il bénéficie d'un contrat de professionnalisation et que ses ressources n'excèdent pas 80% du SMIC

_____ **COPIE DU CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION**

- **les étudiants âgés de moins de 26 ans affiliés** au régime étudiant de la Sécurité sociale

_____ **COPIE DU CERTIFICAT DE SCOLARITE**

- **que soit son âge**, sous réserve qu'il soit atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant son 21^{ème} anniversaire.

_____ **COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE**

A quel moment pouvez-vous demander leur affiliation ?

L'affiliation de vos ayants droit peut être faite :

- Au moment de votre affiliation.
- En cas de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce...).

Leur affiliation cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues dans le contrat ou à la date à laquelle leur radiation est demandée.

À NOTER

Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, pensez à nous adresser avant le 31 octobre de chaque année, les éléments justifiant de leur situation pour qu'ils puissent continuer à bénéficier de votre couverture santé. **En ligne** via votre Espace Client, **ou par courrier** à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

Votre complémentaire santé au sein de l'AREC, vous couvre, ainsi que votre famille, pour vos remboursements complémentaires santé en **hospitalisation, soins courants, dentaire, optique...**

HOSPITALISATION (1)	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
Frais de séjour En établissement conventionné En établissement non conventionné(2)	500% BR	500% BR	500% BR
Honoraires Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* conventionné Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* non conventionné	480% BR 200% BR 200% BR	480% BR 200% BR 200% BR	480% BR 480% BR 480% BR
Frais de séjour et fournitures diverses Non remboursées par la Sécurité sociale	400% BR 45% FR pour les prestations refusées pour motif administratif	500% BR	500% BR
Forfait journalier hospitalier (3) Non remboursé par la Sécurité sociale	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (4) Non remboursé par la Sécurité sociale Par nuitée Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023 85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023 85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023 85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023
Lit d'accompagnant (4) Non remboursé par la Sécurité sociale Bénéficiaire dont l'âge est < à 12 ans - par nuitée	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023	85 points AGIRC soit 114,73€ au 01/01/2023

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Etablissement non conventionné la prise en charge est limité au ticket modérateur

(3) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(4) La prise en charge est limitée à 120 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non conventionné	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
Honoraires médicaux Consultation / visite / consultation en ligne chez un généraliste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR 100% BR	370% BR 200% BR	370% BR 370% BR
Consultation / visite chez un spécialiste Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR 100% BR	370% BR 200% BR	370% BR 370% BR
Actes techniques médicaux Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR 100% BR	100% FR 200% BR	100% FR 100% FR
Electroradiologie, électrothérapie, ostéodensitométrie Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR 100% BR	100% FR 200% BR	100% FR 100% FR
Actes d'imagerie médicale Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	100% BR 100% BR	100% FR Ets conv. : 100% FR Ets non conv. : 200%BR	100% FR 100% FR
Honoraires paramédicaux	100% BR	Ets conv. : 100% FR Ets non conv. : 200% BR	Ets conv. : 100% FR Ets non conv. : 200% BR
Kinésithérapie	TM	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire	100% BR	Ets conv. : 100% FR Ets non conv. : 200% BR	Ets conv. : 100% FR Ets non conv. : 200% BR

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

SOINS COURANTS (suite) auprès d'un professionnel conventionné ou non conventionné	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
Matériel médical Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique	100% FR Dans la limite de 70% du RSS	510% BR	510% BR
Frais de transport sanitaire Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR ⁽⁵⁾	100% BR	100% BR	100% BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfaits transport et hébergement thermal – forfait global annuel, par an et par bénéficiaire	300 points AGIRC soit 404,94€ au 01/01/2023	500 points AGIRC soit 674,90€ au 01/01/2023	500 points AGIRC soit 674,90€ au 01/01/2023
Médicaments Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac remboursé par la Sécurité sociale Médicaments remboursés à 65% Médicaments remboursés à 30% Médicaments remboursés à 15%	50€ / An / Bénéficiaire 100% BR 100% BR 100% BR	50€ / An / Bénéficiaire 100% BR 100% BR 100% BR	50€ / An / Bénéficiaire 100% BR 100% BR 100% BR
Médecine de prévention Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	Prise en charge dans la limite des garanties prévues au contrat	Prise en charge dans la limite des garanties prévues au contrat	Prise en charge dans la limite des garanties prévues au contrat
Frais d'obsèques Pour chaque membre de la famille (limité aux frais réels pour les enfants de moins de 12 ans)	25% du PMSS soit 916,50€ au 01/01/2023	40% du PMSS soit 1 466,40€ au 01/01/2023	40% du PMSS soit 1 466,40€ au 01/01/2023

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(5) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

DENTAIRE ⁽⁷⁾	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
Soins et prothèses 100 % Santé** À compter du 01/01/21 pour les autres prothèses du panier dentaire.	sans reste à payer ⁽⁸⁾	sans reste à payer ⁽⁸⁾	sans reste à payer ⁽⁸⁾
Soins Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire Inlay Onlay Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR
Prothèses autres que 100 % Santé Prothèses dentaires à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale (couronne transitoire, inlay-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation) Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : couronnes et piliers de bridges sur dents non délabrées (vivantes) - par acte, limité à 4 actes / par an et par bénéficiaire	195 % BR 134€ / Acte	230% BR 172€ / Acte	230% BR 172€ / Acte
Orthodontie ⁽⁹⁾ Remboursée par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire	230% BR	260% BR	260% BR

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses dentaires sans reste à payer. Pour en savoir plus, voir en page 42.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(7) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord de prise en charge. La minoration de 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concernent pas la ligne « Soins dentaires ».

(8) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis à l'article 8.2 des présentes Conditions particulières relatif aux « Précisions sur l'application du 100% Santé ».

(9) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

OPTIQUE : ÉQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales et particulières de votre contrat	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
Équipement 100 % Santé** (classe A)	sans reste à payer ⁽¹¹⁾	sans reste à payer ⁽¹¹⁾	sans reste à payer ⁽¹¹⁾
Équipement autre que 100 % Santé (classe B) Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par verre très complexe- par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est ≥ 16 ans***** Par verre simple - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** Par verre complexe - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** Par verre très complexe- par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans***** Par monture de lunettes - par bénéficiaire dont l'âge est < 16 ans*****	135 € minima TM (y compris SS) 200 € minima TM (y compris SS) 230 € minima TM (y compris SS) 45 € minima TM (y compris SS) 135 € minima TM (y compris SS) 200 € minima TM (y compris SS) 230 € minima TM (y compris SS) 45 € minima TM (y compris SS)	145 € minima TM (y compris SS) 235 € minima TM (y compris SS) 260 € minima TM (y compris SS) 90 € minima TM (y compris SS) 145 € minima TM (y compris SS) 235 € minima TM (y compris SS) 260 € minima TM (y compris SS) 90 € minima TM (y compris SS)	145 € minima TM (y compris SS) 235 € minima TM (y compris SS) 260 € minima TM (y compris SS) 90 € minima TM (y compris SS) 145 € minima TM (y compris SS) 235 € minima TM (y compris SS) 260 € minima TM (y compris SS) 90 € minima TM (y compris SS)
Lentilles Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹²⁾ Lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale - par an et par bénéficiaire ⁽¹²⁾	95% FR –MR Minima TM -	180% BR 200% MR	180% BR 200% MR

À NOTER Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes sans reste à payer. Pour en savoir plus, **voir en page 41**.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT par oreille	REGIME OPTION A Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME OPTION B Régime responsable Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés	REGIME SURCOMPLEMENTAIRE OPTION B+ Régime non responsable Les remboursements interviennent sous déduction du régime OPTION B, dans la limite des frais engagés
A compter du 01/01/2021 : Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Équipement 100 % Santé** (classe I***)	sans reste à payer ⁽¹¹⁾	sans reste à payer ⁽¹¹⁾	sans reste à payer ⁽¹¹⁾
Équipement autre que 100 % Santé** (classe II***) Limité à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale Par bénéficiaire	100% BR	510% BR	510% BR
Accessoires et fournitures Piles non remboursées par la Sécurité sociale pour appareil auditif et entretien Autres accessoires et fournitures remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	510% BR	510% BR

À NOTER

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder à compter du 1^{er} janvier 2021 à une sélection de prothèses auditives sans reste à payer. **Pour en savoir plus, voir en page 43.**

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(11) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis à l'article 8.2 des présentes Conditions particulières relatif aux « Précisions sur l'application du 100% Santé ».

(12) Les prestations "remboursées" et "non remboursées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations.

Que couvrent mes garanties Frais de santé ?

Votre complémentaire santé rembourse aussi la totalité du ticket modérateur* pour **certains actes de prévention**.

Vaccinations

- diphtérie, tétanos et poliomyélite ;
- coqueluche et hépatite B : pour les enfants de moins de 14 ans ;
- BCG : pour les enfants de moins de 6 ans ;
- rubéole : adolescentes non vaccinées et femmes non immunisées désirant un enfant ;
- haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant) : pour les enfants de moins de 5 ans ;
- contre les infections à pneumocoques : pour les bébés âgés de moins de 18 mois ;
- contre la rougeole, les oreillons et le méningocoque de sérogroupe C pour les enfants.

Dépistage

- de l'hépatite B ;
- des troubles de l'audition par audiométrie chez les personnes âgées de plus de 50 ans (tous les 5 ans).

Dentaire

- détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum ;
- scellement des sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxièmes molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant 14 ans.

Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Densitométrie osseuse remboursée par la Sécurité sociale.

TM : Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

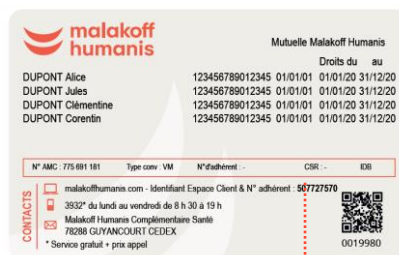
Comment puis-je éviter l'avance de frais ?

Vous recevez chaque année, votre carte de tiers payant Energie Mutuelle pour vous permettre d'éviter l'avance de frais pour de nombreuses prestations.

Pensez à la présenter avec votre carte vitale à votre pharmacien, opticien, chirurgien-dentiste, centre hospitalier... grâce à elles vous n'avancerez pas les frais pris en charge par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé.

Si votre professionnel de santé refuse le tiers payant ou pratique un dépassement d'honoraires, vous devrez avancer les frais et nous adresser l'original de votre facture ou de votre reçu :

- **en ligne** : via votre Espace Client
- **par courrier** : à l'adresse indiquée sur votre carte de tiers payant.



Identifiant/N° adhérent de connexion à votre Espace Client personnel et sécurisé.

Vos demandes de remboursements doivent nous être adressées au plus tard dans les 2 ans à compter de la date des soins.

À NOTER

Si vous déménagez, votre carte reste valide. N'oubliez pas toutefois de nous communiquer votre nouvelle adresse et votre attestation de droits, en cas de changement de caisse d'Assurance Maladie. Pensez également à nous signaler tout changement de coordonnées bancaires ou de situation de famille **en ligne** depuis votre Espace Client ou en appelant le :09 69 32 37 37.

Avance de frais ou pas ? Mieux comprendre...

CAS N°1

Votre professionnel de santé accepte le tiers payant



Vous présentez votre **carte vitale** et votre **carte Malakoff Humanis**



Vous ne payez que l'éventuel montant à votre charge

CAS N°2

Votre professionnel de santé n'accepte pas le tiers payant

Il ne pratique pas de dépassement d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

Il pratique des dépassements d'honoraires

Vous présentez votre **carte vitale** et réglez la totalité des frais



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale

MAIS

Vous devrez nous adresser l'**original de votre facture** ou de votre reçu remis par votre professionnel de santé (pour le dépassement d'honoraire)



Vous serez remboursé par Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

CAS N°3

Vous avez oublié de présenter votre carte vitale ? Ou votre professionnel de santé ne prend pas la carte vitale.

Vous devrez régler la totalité des frais



Vous devrez adresser votre **feuille de maladie** dûment remplie et signée à votre centre de Sécurité sociale



Vous serez automatiquement remboursé par la Sécurité sociale et Malakoff Humanis dans la limite de vos garanties

Comment être remboursé au mieux ?

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 Malakoff Humanis 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 avec notre **Simulateur en ligne** accessible depuis votre Espace Client. Un moyen simple pour vérifier instantanément si des frais restent à votre charge, ou non.



Le remboursement de vos soins

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement non conventionné ou conventionné sans demande de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> •Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés •Justificatif de la demande de la chambre particulière par l'assuré et de son montant •Le cas échéant, le devis accepté par l'assuré avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Hospitalisation à domicile	Facture forfaitaire acquittée indiquant le prix de journée Prescription médicale, dossier médical et validation du médecin coordinateur de la structure HAD
Optique	<ul style="list-style-type: none"> •Devis détaillé et accepté par l'assuré •Facture détaillée et acquittée •Le cas échéant, prescription médicale initiale ou modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste •Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste



Le remboursement de vos soins

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

Vous êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> •Devis détaillé et accepté par l'assuré •Facture détaillée et acquittée par l'assuré •Le cas échéant, prescription médicale •Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	Note d'honoraires originale du praticien précisant si l'opération concerne un œil ou les deux
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> •Devis détaillé et accepté par l'assuré •Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	La copie du jugement d'adoption plénière
Cure thermique	Facture acquittée et détaillée mentionnant l'ensemble des dépenses y compris les frais de transport et d'hébergement
Frais d'obsèques	Extrait d'acte de décès Facture acquittée des pompes funèbres Copie du livret de famille



Le remboursement de vos soins

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

Vous n'êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état ¹ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro de SIRET, ADELI ou RPPS
Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (sans prescription médicale)	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
Soins engagés pendant des séjours temporaires à l'étranger, par des salariés détachés ou résidents à l'étranger	Facture détaillée et acquittée des soins, éventuellement traduite, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.



Le remboursement de vos soins

Pour les dépenses les plus courantes (consultation généraliste,...), vous n'avez aucune démarche à effectuer si vous bénéficiez de la transmission Noémie.

Vous n'êtes bénéficiaire NOEMIE	Justificatifs à fournir
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale (prescription médicale ophtalmologique par les orthoptistes)	Décompte original de la Sécurité sociale, complété le cas échéant des pièces ou le ticket modérateur.
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none">• Devis détaillé et accepté par l'assuré• Facture nominative, détaillée, acquittée de l'orthodontiste diplômé d'état dans sa spécialité mentionnant les actes effectués et les montants réglés



Votre contrat en pratique

Vos demandes de remboursements

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent nous être fournies :

- **Pour les prestations Frais de Santé:**
dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale ou de survenance des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale

- **Pour la garantie couvrant le risque décès :**
 - Dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décès de l'assuré si le bénéficiaire est le participant ;
 - Si le bénéficiaire est distinct du participant, dans un délai maximum de dix ans suivant la date du décès du participant ou suivant la date à laquelle le bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par notre organisme, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part des bénéficiaires sont déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Les bénéficiaires en sont informés par tout moyen par notre organisme, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par notre organisme des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

A défaut, le bénéficiaire se verra opposer la prescription mentionnée dans la partie Dispositions Générales.

Les bénéficiaires sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de nous fournir les déclarations et pièces justificatives listées précédemment.

Si vos documents à transmettre comportent des données médicales, vous pouvez nous les adresser sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention de M. le Médecin Conseil-Prestations Santé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

Nous nous réservons le droit de demander au bénéficiaire toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

Votre contrat en pratique

Vos demandes de remboursements

En cas de déclaration frauduleuse, notre organisme n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Nous prendrons en compte la date d'exécution de l'acte et non celle de l'ordonnance, de la prescription ou de la demande de prise en charge Sécurité sociale.

Il appartient aux bénéficiaires de nous informer de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation de famille (instance de divorce, procédure en cours de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).**

Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission des décomptes Sécurité sociale (procédure NOEMIE)

Si un de vos bénéficiaires ne peut pas bénéficier de Noémie (étudiants ou régimes spéciaux tels que mines...) ou si vous refusez cette procédure, pour vous faire rembourser, vous devez nous faire parvenir les originaux des décomptes d'assurance maladie accompagnés de la partie haute de l'un des décomptes de notre organisme.



A SAVOIR

Pour traiter rapidement votre dossier, votre identification est nécessaire. Retournez-nous la partie haute de vos décomptes. Vous trouverez également nos coordonnées dans le bloc correspondance.



DECOMPTE DE PRESTATIONS

page 1/2

N° ADHÉRENT 12345678 DUPONT ALAIN
N° S.S. 1.99.99.99.99.999999

Groupe Blachère

Correspondance

MALAKOFF HUMANIS
Gestion Groupe Blachère

41970 BLOIS Cedex 9

Tel: 09.69.32.99.82

Espace Client sécurisé sur malakoffhumanis.com

M. DUPONT ALAIN

99 rue de la route

99999 AZERTY

----- PARTIE HAUTE A RETOURNER AVEC TOUTE CORRESPONDANCE -----

Votre contrat en pratique

La prise en charge hospitalière

L'hospitalisation mérite une attention toute particulière. C'est la raison pour laquelle nous assurons une procédure de **prise en charge administrative immédiate**, en cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné.

Sur simple appel téléphonique ou courrier de votre part ou de celle de l'établissement hospitalier, notre organisme vous délivre une prise en charge vous évitant l'avance de fonds (à l'exception de vos frais personnels) dans la limite des garanties du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement pour les honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.**

À défaut de prise en charge, vous devez régler votre séjour hospitalier à l'établissement et nous adresser la facture originale.



CONSEIL PRATIQUE

vous pouvez effectuer votre demande de prise en charge en vous connectant à votre Espace client sur malakoffhumanis.com.

Votre contrat en pratique

Conditions de remboursement de la chambre particulière

Sont prises en charge les chambres particulières:

- Expressément demandées par l'assuré;
- Dont les tarifs sont publiquement affichés;
- Faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

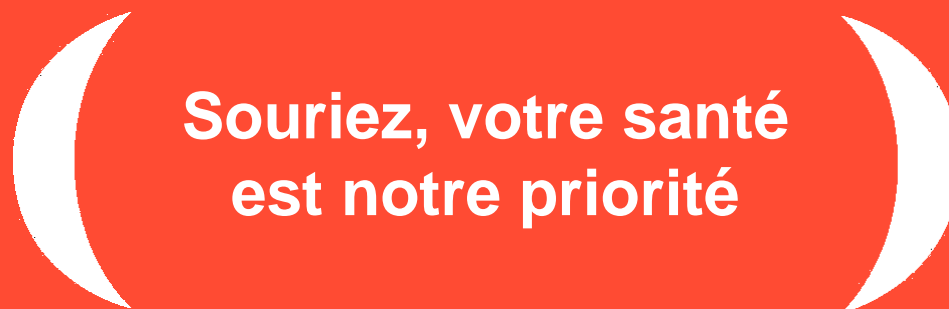
Dispositif MonPsy

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 prévoit la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « MonPsy ».

Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

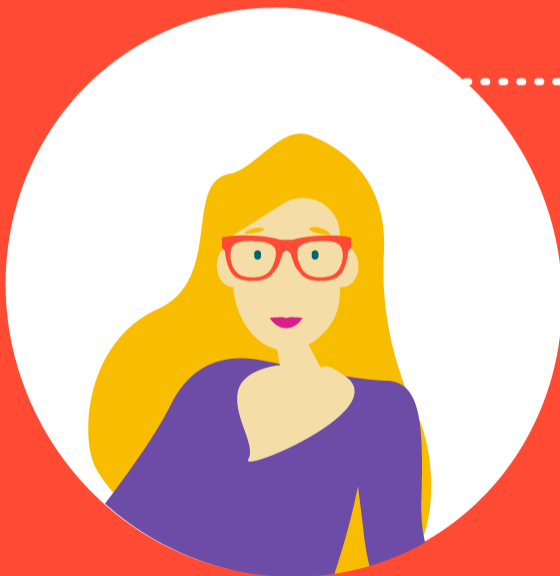
Forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du Code la Sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'Action sociale et des Familles et à l'article L.174-6 du Code de la Sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).



Optique, dentaire, audio, hospitalisation ou consultation de médecin, Malakoff Humanis vous accompagne pas à pas pour trouver au bon moment le professionnel de santé qu'il vous faut, évaluer vos remboursements avant de vous engager et simplifier toutes vos démarches.

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



1

Je prends rendez-vous en ligne⁽¹⁾ depuis mon Espace Client

- Avec mon **ophtalmologue habituel**, ou
- Avec un **ophtalmologue des centres partenaires Point Vision** pour bénéficier d'un **rendez-vous** sous **48 heures**.

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⁽²⁾).
- Et grâce à l'offre « **optique intégrale** ⁽³⁾ », je n'ai aucun reste à payer sur tous les verres.

3

Je m'informe sur le coût des soins

- Je bénéficie du service **Devis conseil express** pour recevoir instantanément par SMS le montant éventuel à ma charge et un avis sur le tarif pratiqué en présentant ma carte de tiers payant.
- Je compare mon devis à une offre « **100 % santé** » pour faire un choix éclairé.

4

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les opticiens partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais ⁽⁴⁾ et je simplifie mes démarches.

5

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- En m'abonnant au service d'alertes, je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention personnalisés**.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Si le professionnel de santé a activé le service. (2) Valeur indicative observée en moyenne sur la base des remboursements effectués par Malakoff Humanis à équipement équivalent. (3) Selon vos garanties. (4) À hauteur des garanties souscrites.

J'ai un problème dentaire, comment bien me soigner ?



1

Je prends rendez-vous en ligne⁽¹⁾ depuis mon Espace Client

- Avec mon **chirurgien-dentiste habituel**.
ou
- Avec un chirurgien-dentiste partenaire du réseau **Kalixia dentaire**, pour bénéficier de soins de qualité à honoraires négociés.

2

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis dentaire en ligne**, je saisis le devis de mon dentiste dans mon Espace Client et j'obtiens en temps réel une estimation du montant pris en charge par l'Assurance Maladie et Malakoff Humanis.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les chirurgiens-dentistes partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- Je m'abonne au service d'alertes et je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention personnalisés**.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Si le professionnel de santé a activé le service. (2) À hauteur des garanties souscrites.

J'ai un problème audio, comment bien m'équiper ?



1

Depuis mon Espace Client, je trouve mon professionnel de santé

- Avec l'un des audioprothésistes partenaires du réseau **Kalixia audio**, pour bénéficier de prestations de qualité au meilleur coût (600 € d'économie en moyenne sur un double appareillage ⁽¹⁾).

2

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis conseil**, j'adresse le devis de mon audioprothésiste (scanné ou photographié depuis mon smartphone) via mon Espace Client et j'obtiens une estimation du montant pris en charge, sous 48 heures.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, acceptée par tous les audioprothésistes partenaires Kalixia, j'évite l'avance de frais ⁽²⁾ et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- Je m'abonne au service d'alertes et je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention personnalisés**.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Si le professionnel de santé a activé le service. (2) À hauteur des garanties souscrites.

Je dois être hospitalisé, comment être accompagné au mieux ?



(1) À hauteur des garanties souscrites.

1

Depuis mon Espace Client, je m'informe sur les établissements hospitaliers

- Avec **ComparHospit**, j'accède aux indicateurs de qualité et avis de patients sur l'ensemble des hôpitaux et cliniques.

2

Je m'informe sur le coût des soins

- Avec le service **Devis conseil**, j'adresse le devis de mon établissement hospitalier via mon Espace Client et j'obtiens sous 48 heures une estimation du montant pris en charge pour mes frais d'hébergement et honoraires médicaux.

4

J'ai besoin de soins à domicile

- Avec le service **Libheros**, je trouve en un clic le professionnel de santé le plus proche (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme...).

3

J'engage mes frais médicaux

- Avec ma **carte de tiers payant**, j'évite l'avance de frais⁽¹⁾. En cas de dépassement d'honoraires, j'adresse ma facture (scannée ou photographiée depuis mon smartphone) via mon Espace Client.

5

Je suis mes remboursements

- J'analyse mes dépenses.
- Je m'abonne au service d'alertes et je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention personnalisés**.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

J'ai besoin d'une consultation, comment trouver le bon professionnel ?



1

Depuis mon Espace Client, je prends rendez-vous en ligne ⁽¹⁾

- Avec plus de 200 000 médecins généralistes et spécialistes.
- Avec un médecin généraliste ou spécialiste exerçant dans un des **centres de santé partenaires**, sans reste à payer ni avance de frais.
- Avec un professionnel partenaire du réseau **Kalixia** ostéo.
- Avec un praticien en médecine douce référencé par le partenaire **Medoucine**.
- Avec une infirmière, kinésithérapeute... référencés par le partenaire **Libheros**.
- Si je ne trouve pas de rendez-vous médical rapidement, je pense à utiliser le service de **Téléconsultation**⁽²⁾⁽³⁾.

2

J'estime le montant de mes remboursements⁽⁴⁾

- Pour connaître le montant de mon reste à charge avec le **simulateur en ligne**, je saisis le montant de la consultation et j'obtiens instantanément le montant pris en charge par Malakoff Humanis.

3

J'évite l'avance de frais

- Avec ma **carte de tiers payant**, j'évite l'avance de frais⁽⁵⁾ chez certains professionnels de santé et je simplifie mes démarches.

4

Je suis mes remboursements

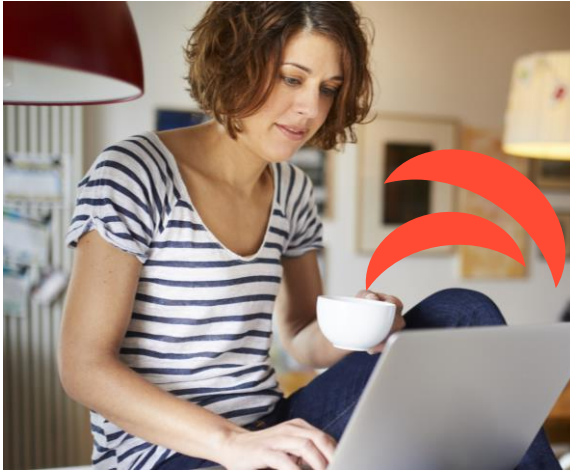
- J'analyse mes dépenses.
- Je m'abonne au service d'alertes et je reçois un e-mail à chaque nouveau remboursement.
- Je retrouve également des **conseils de prévention personnalisés**.



Géolocalisez tous les professionnels partenaires de nos réseaux et retrouvez tous vos services pratiques depuis votre Espace Client ou contactez votre conseiller Malakoff Humanis au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

(1) Si le professionnel de santé a activé le service. (2) Dans la limite de 5 consultations par an et par bénéficiaire. (3) Service proposé aux salariés exclusivement dans le cadre de nos contrats collectifs. (4) Valable uniquement sur les consultations prises en charge par l'Assurance Maladie. (5) À hauteur des garanties souscrites. (6) Jours ouvrables.

Mon Espace Client pour quoi faire ?



Accédez à tous vos services et avantages pour :

- Géolocaliser et prendre rendez-vous en ligne avec le bon professionnel de santé (médecin habituel, partenaires de nos **réseaux de soins Kalixia** et centres de santé, centres d'ophtalmologie, praticiens en médecine douce, professionnels en soins à domicile...).
- Accéder à notre service de **Téléconsultation**.
- Bénéficier de notre service d'**Assistance santé à domicile**.
- Accéder aux aides personnalisées de notre **accompagnement social**.

Simplifiez vos démarches administratives et :

- **accédez** aux informations liées à votre contrat ;
- **simulez** et suivez vos remboursements ;
- **analysez** vos dépenses ;
- **adrezsez** vos devis ;
- **modifiez** vos informations personnelles ;
- **téléchargez** votre attestation de droits ;
- **visualisez** votre carte de tiers payant depuis votre mobile.



Vous vous connectez à votre Espace Client pour la première fois ?

Rendez-vous sur adh.energiemutuelle.fr

Il vous suffit d'entrer l'identifiant/n° adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera adressé par e-mail.

Ou téléchargez gratuitement l'appli Espace Client Energie Mutuelle

disponible sur iPhone, iPad, mobiles et tablettes Android depuis l'App Store ou Google Play.

Des réseaux de soins partenaires pour ne jamais renoncer à me soigner ?

Les frais en optique, dentaire et audio sont parfois élevés avec, potentiellement, d'importants restes à payer. Avec la réforme du « 100 % santé », vous avez désormais accès à une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement prises en charge.

Pour tous les autres actes dentaires tels que les soins prothétiques, d'orthodontie, d'implantologie et de parodontologie, pensez à passer par l'un des 3 800 chirurgiens-dentistes partenaires de notre réseau Kalixia pour bénéficier d'honoraires négociés

Et en optique, si vous aussi, vous passez comme 3 assurés sur 4, par l'un des 6 600 opticiens partenaires de notre réseau Kalixia, vous pourrez bénéficier d'équipements de plus grande qualité et le plus souvent sans reste à payer ⁽¹⁾.

Et en audio en passant par l'un des 3 900 centres d'audioprothésistes partenaires de notre réseau Kalixia, vous pourrez bénéficier sur tous les équipements, de tarifs négociés sans avance de frais ⁽¹⁾ avec même la possibilité de faire bénéficier vos parents de tous ces avantages en téléchargeant simplement l'attestation mise à votre disposition dans votre Espace Client.



⁽¹⁾ Dans la limite des garanties.

Un service de Téléconsultation pour moi et ma famille, à n'importe quelle heure ?

Parce que quand on tombe malade, ce n'est jamais le bon moment votre garantie intègre un service de consultation médicale par téléphone pour joindre un médecin généraliste n'importe où et n'importe quand.

Vous bénéficiez gratuitement de 5 consultations téléphoniques par an et par bénéficiaire.

Où que vous soyez et en toute circonstance, 24h/24 et 7j/7, contactez simplement notre numéro d'appel dédié :





Un service d'Assistance santé pour quoi faire exactement ?

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, vous pouvez bénéficier d'une aide temporaire adaptée, pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile : aide ménagère, garde des enfants, conduite à l'école, soutien scolaire à domicile, prise en charge des ascendants, garde des animaux domestiques, livraison de médicaments...

Pour en savoir plus sur cette assistance gratuite et intégrée dans votre garantie santé appelez le :

N°Cristal 0 969 32 37 37
APPEL NON SURTAXE

Assistance accessible sur simple appel téléphonique : du lundi au samedi de 8h à 20h (hors jours fériés).

Un service pour mieux comprendre les démarches proposées par votre médecin, vraiment?

Le service Visible Patient réalise à partir de vos images médicales standard (scanner ou IRM) une copie virtuelle 3D de votre anatomie. A 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..

Pour en savoir plus sur ce service, connectez-vous à votre Espace Client.



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

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



Un service pour obtenir un deuxième avis médical, vraiment ?

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

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

Pour en savoir plus sur ce service, connectez-vous www.deuxiemeavis.fr/energiemutuelle



Du très haut niveau d'expertise médicale de plus de 100 médecins référencés par le conseil scientifique, suivant des critères rigoureux



Obtenez sous 7 jours un avis en ligne où que vous soyez



Une prise en charge complète des frais d'honoraires



Compte-rendu signé par le médecin expert et envoyé à votre médecin traitant, si vous êtes d'accord



Sécurité des données de santé



Des aides pour me soutenir moi et ma famille, dans les moments difficiles ?

Grâce à notre accompagnement social, des femmes et des hommes se mobilisent pour vous écouter et vous orienter vers des solutions concrètes lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin⁽¹⁾.



Aides à la famille pouvant aller d'**aides financières** (naissance, garde d'enfant, obtention du permis de conduire) à l'**accompagnement** en cas de décès d'un proche avec la **Ligne Info Décès**⁽²⁾ :

▶ **N°Cristal 09 79 99 03 75**
APPEL NON SURTAXE

Aides aux aidants familiaux avec notamment le **financement** d'aides à domicile, des espaces d'informations et d'échanges (site essentiel.autonomie.com et la page « agir ensemble » sur Facebook) et un accompagnement personnalisé dans vos démarches avec la **Ligne Info Aidant**⁽³⁾ :

☎ **01 56 76 81 91** (APPEL NON SURTAXÉ)

Pour en savoir plus sur toutes nos aides, connectez-vous à votre Espace Client.

(1) Sous conditions.

(2) La Ligne Info Décès est accessible de 9 à 18 h du lundi au vendredi et le samedi de 9 h à 12 h.

(3) La Ligne Info Aidant est accessible du lundi au samedi de 8 h à 20 h.

Des aides pour me soutenir moi et ma famille, dans les moments difficiles ?

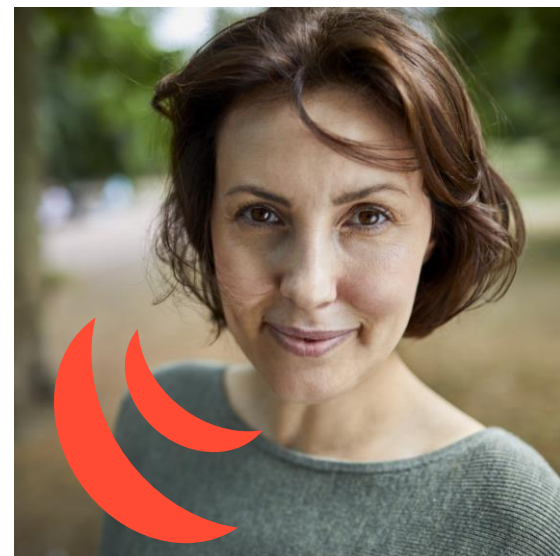
Nos experts en accompagnement social sont également à vos côtés ⁽¹⁾ pour vous soutenir en cas de maladie grave, de fragilité financière ou de handicap.

Accompagnement en cas de cancer comprenant à la fois une **participation financière** pour la pratique d'une activité physique adaptée, des consultations de diététicien, de psychologue... et des **dispositifs personnalisés** pour reprendre une activité professionnelle.

Dispositifs en cas de fragilité financière comprenant un **accompagnement** et des **aides financières** en cas de surendettement, d'accidents de la vie ou de situations d'urgence.

Solutions en cas de handicap pouvant aller d'une **contribution financière** (aménagement pour favoriser l'autonomie, frais d'adhésion à un club sportif ou à une association culturelle) à des **aides adaptées** pour assurer l'accès à la scolarité des enfants en situation de handicap.

Pour en savoir plus sur toutes nos aides, connectez-vous à votre Espace Client.



(1) Sous conditions.

Mes contacts utiles

Pour réaliser vos démarches en ligne

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 :



Pour vous inscrire, il vous suffit d'entrer votre identifiant/numéro adhérent qui se trouve sur votre carte de tiers payant. Votre mot de passe vous sera ensuite envoyé par mail.

Pour toutes vos questions Santé

Contactez-nous au :



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

0 969 32 37 37 Service gratuit + prix appel

Ou écrivez-nous à
l'adresse indiquée sur
votre carte de tiers
payant.

Pour joindre nos experts en accompagnement social

Contactez-nous au :

3996 Service gratuit + prix appel

du lundi au vendredi de
8 h 30 à 18 h 30.

Malakoff Humanis vous accompagne dans la compréhension de vos garanties

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

BRR : Base de remboursement de la Sécurité sociale reconstituée.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Le plafond est revu chaque année au 1^{er} janvier. Il s'établit à 3 428 € en 2021.

TM : Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement effectif de cet organisme à l'exclusion des pénalités financières, de la contribution forfaitaire et des franchises médicales.

FR : Frais réels : dépenses engagées.

MR : Montant du remboursement de la Sécurité sociale.

L'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM)

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. L'OPTAM est proposée aux médecins de secteur 2 (et à certains médecins de secteur 1) les incitant à modérer leurs honoraires en contrepartie d'avantages sociaux.

Pour plus d'information : www.ameli.fr

HORS OPTAM : Hors Option pratique tarifaire maîtrisée.



Pensez au Simulateur en ligne !

Obtenez en temps réel le montant en € pris en charge par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé, grâce à notre **Simulateur en ligne** accessible depuis votre Espace Client !

Focus sur l'offre « 100 % Santé » optique

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de lunettes sans reste à payer.

Concrètement, qu'est-ce qui change pour les lunettes ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous vous rendez chez votre opticien, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

#1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat. Jusque-là rien ne change, si ce n'est que les remboursements sur les montures sont désormais plafonnés à 100 €, un nouveau plafond imposé par la réglementation.

#2 - Un équipement « 100 % santé », monture limitée à 30 euros et verres prédéfinis, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé. Avec la possibilité de les combiner en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

À NOTER :

Vous pouvez désormais renouveler votre équipement (monture + verres), à partir de la date de votre dernier achat :

- tous les 2 ans pour les 16 ans et plus (hors situation médicale particulière),
- tous les ans pour les moins de 16 ans.

Équipements « 100 % santé » optique

- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents.
- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.



Focus sur l'offre « 100 % Santé » dentaire

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection de prothèses dentaires sans reste à payer.

Qu'est-ce qui change pour les prothèses dentaires ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous vous rendez chez votre chirurgien-dentiste vous pourrez bénéficier de 2 types de soins prothétiques dentaires différents :

#1 - Des prothèses dentaires remboursées à hauteur de votre contrat avec un éventuel reste à payer. Jusque-là rien ne change.

#2 - Des prothèses dentaires « 100 % santé » prédéfinies, intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé, ou à « tarifs maîtrisés » (avec des honoraires plafonnés) remboursés à hauteur de votre contrat.

Quels sont les soins concernés ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, une sélection de couronnes, inlays core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).

Et après ?

À compter du 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viendront compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».

Équipements « 100 % santé » dentaire

Au 1^{er} janvier 2020 :

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircon (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1^{re}s prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.

Au 1^{er} janvier 2021 :

- Dentier en résine.



Focus sur l'offre « 100 % Santé » audio

Conformément à la réglementation, votre couverture santé intègre le dispositif du « 100 % santé » pour vous permettre d'accéder également à une sélection d'aides auditives sans reste à payer.

Qu'est-ce qui change pour les aides auditives ?

Depuis le 1^{er} janvier 2021, lorsque vous vous rendez chez votre audioprothésiste, vous pouvez choisir parmi 2 types d'équipements différents :

#1 - Des équipements de votre choix remboursés à hauteur de votre contrat. Jusque-là rien ne change si ce n'est que les remboursements sur les appareils seront désormais limités à 1 700 € par oreille, un nouveau plafond imposé par la réglementation.

#2 - Un équipement « 100 % santé » prédéfini, intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie et votre complémentaire santé.

À NOTER

Le renouvellement des prothèses auditives est désormais possible tous les 4 ans, à partir de la date de votre dernier achat.

Quels sont les équipements concernés ?

- Tous les types d'appareils sont concernés : Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB.
- 4 ans de garantie.
- 30 jours d'essai avant achat.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie \geq 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

**Retrouvez l'intégralité
de vos garanties
dans la notice d'information
qui vous a été remise.**



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE, Institution de prévoyance régie par le livre IX du code de la Sécurité sociale • Immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 775 691 181 •
Siège : 21 rue Laffitte, 75009 Paris.