

PEPS ECO ACTIVE

Les garanties **santé** formules **essentielles**

Une solution globale pour vos salariés
et des services performants



Complémentaire et surcomplémentaire : Les garanties

Nos remboursements s'entendent en complément de la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

		COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		SURCOMPLÉMENTAIRE	
		E1	E2	SE1 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E1	SE2 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E2
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)			
HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ OU NON CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾					
Frais de séjour	En établissement conventionné	TM	100 % DE	100 % DE	100 % DE
	En établissement non conventionné	TM	TM	TM	TM
Honoraires	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière ⁽³⁾	Par nuitée	-	20 €	50 €	60 €
	Par journée (hospitalisation en ambulatoire)	-	8 €	20 €	24 €

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie - Hors chirurgie esthétique.

(2) 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.

(3) La prise en charge est limitée à 90 jours par an en établissements spécialisés (psychiatrie). La chambre de jour correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

	COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		SURCOMPLÉMENTAIRE	
	E1	E2	SE1 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E1	SE2 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E2
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)			

DENTAIRE

Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁴⁾ - À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les autres prothèses du panier dentaire		Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins	Soins dentaires	TM	TM	TM	TM
	Inlay / Onlay	TM	30 €	60 €	75 €
	Parodontologie non remboursée - par an et par bénéficiaire	-	-	100 €	170 €
Orthodontie - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Orthodontie remboursée ⁽⁵⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	TM + 30 % BR	115 €	345 €	400 €
Orthodontie - HORS RÉSEAU KALIXIA	Orthodontie remboursée ⁽⁵⁾ - par semestre de traitement et par bénéficiaire	TM + 25 % BR	100 €	300 €	350 €
Orthodontie non remboursée⁽⁶⁾ sur avis du chirurgien-dentiste consultant - par semestre de traitement et par bénéficiaire		-	-	300 €	350 €
Prothèses dentaires	Prothèses dentaires ⁽⁵⁾	TM + 25 % BR	140 €	235 €	280 €
	Supplément pour prothèses dentaires sur dents visibles (incisives, canines et premières prémolaires) ⁽⁵⁾	-	45 €	75 €	90 €
	Couronnes et prothèses non remboursées - par an et par bénéficiaire	-	-	235 €	280 €
	Inlay Core	TM + 25 % BR	120 €	205 €	215 €
Implantologie - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant et par bénéficiaire	-	-	360 €	425 €
Implantologie - HORS RÉSEAU KALIXIA	Scanner, pose de l'implant, pilier implantaire - par implant et par bénéficiaire	-	-	310 €	370 €

(4) 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 maximums fixés.

(5) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base de la codification de la Sécurité sociale pour l'orthodontie (TO 90) et sur la base de remboursement d'une couronne pour les prothèses. En ce qui concerne les prothèses dentaires, si plusieurs dents sont remplacées par une même prothèse conjointe, un seul forfait proratisé est remboursé.

(6) Les limitations annuelles pour la prothèse dentaire s'entendent y compris pour les suppléments dents visibles et l'implantologie. En cas d'atteinte du plafond, la prise en charge à hauteur du TM + 25 % BR est assurée.

	COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		SURCOMPLÉMENTAIRE	
	E1	E2	SE1 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E1	SE2 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E2
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENTS Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)			
Plafond dentaire ⁽⁶⁾	-	Dans la limite de 760 €/ an / bénéficiaire	Dans la limite de 1 240 €/ an / bénéficiaire	Dans la limite de 1 480 €/ an / bénéficiaire

OPTIQUE⁽⁷⁾ - Pour tous les cas de renouvellements, y compris anticipés, se référer aux Conditions générales du contrat		Bénéficiaire de 16 ans et plus	Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus	Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus	Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus	Bénéficiaire de moins de 16 ans
Équipement 100 % Santé⁽⁴⁾ (classe A) : lunettes (monture + 2 verres⁽⁸⁾), y compris l'examen de la vue par l'opticien		Sans reste à payer		Sans reste à payer		Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Lunettes (monture + 2 verres⁽⁸⁾) de classe B - DANS LE RÉSEAU KALIXIA⁽⁹⁾ - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Par monture de lunettes	40 €		45 €		95 €		100 € RO compris	
	Par verre simple	30 €	30 €	40 €	45 €	70 €	80 €	170 €	170 €
	Par verre complexe	80 €	80 €	100 €	105 €	120 €	130 €	295 €	295 €
	Par verre très complexe	80 €	80 €	125 €	105 €	200 €	130 €	295 €	295 €
Lentilles prescrites⁽¹⁰⁾ - DANS LE RÉSEAU KALIXIA⁽⁹⁾	Par an et par bénéficiaire	100 €		100 €		100 €		130 €	
	Par monture de lunettes	40 €		45 €		65 €		80 €	
Lunettes (monture + 2 verres⁽⁸⁾) de classe B - HORS RÉSEAU KALIXIA	Par verre simple	30 €	30 €	40 €	45 €	50 €	55 €	65 €	70 €
	Par verre complexe	80 €	80 €	100 €	105 €	100 €	105 €	130 €	135 €
	Par verre très complexe	80 €	80 €	125 €	105 €	140 €	105 €	180 €	135 €
	Par an et par bénéficiaire	100 €		100 €		100 €		100 €	
Prestation d'adaptation des verres par l'opticien		TM		TM		TM		TM	
Chirurgie optique réfractive - par œil		-		200 €		350 €		400 €	
Implants multifocaux - par œil		-		100 €		200 €		250 €	

AIDE AUDITIVE⁽¹¹⁾ - Jusqu'au 31/12/2020 - Par oreille, par an et par bénéficiaire				
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - DANS LE RÉSEAU KALIXIA	Sur offre Prim'Audio	TM	100 % DE	100 % DE
	Sur les autres appareils	TM	300 €	600 €
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale - HORS RÉSEAU KALIXIA		TM	200 €	400 €

AIDE AUDITIVE OU ÉQUIPEMENT⁽¹¹⁾ PAR OREILLE - Renouvellement par appareil tous les 4 ans - À compter du 01/01/2021					
Équipements 100 % Santé⁽⁴⁾ : aides auditives de classe I (voir Conditions générales)		Sans reste à payer		Sans reste à payer	
Aides auditives de classe II (voir Conditions générales) - DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré	Bénéficiaire de moins de 21 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾	TM	560 €	600 €	700 €
	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	TM	300 €	600 €	700 €
Aides auditives de classe II (voir Conditions générales) - HORS RÉSEAU KALIXIA	Bénéficiaire de moins de 21 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾	TM	560 €	560 €	560 €
	Bénéficiaire à compter du 21 ^e anniversaire	TM	200 €	400 €	500 €
Accessoires et fournitures (par an)		TM	100 % BR	400 % BR	500 % BR

(7) Renouvellement par équipement (monture + 2 verres).

(8) Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale. Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives.

(9) Dans le cadre du réseau optique Kalixia, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

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

(11) Les prestations dans le réseau et hors réseau ne sont pas cumulatives. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par le RO, est assurée a minima au TM.

		COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		SURCOMPLÉMENTAIRE	
		E1	E2	SE1 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E1	SE2 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E2
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS		REMBOURSEMENTS			
Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)					
SOINS COURANTS (AUPRÈS D'UN PRATICIEN CONVENTIONNÉ OU NON)					
Honoraires médicaux					
Généraliste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	TM	50 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	TM	TM
Spécialiste	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	70 % BR	80 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	50 % BR	60 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	80 % BR	100 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	60 % BR	80 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel	Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	TM	80 % BR
	Non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	TM	TM	TM	60 % BR
Honoraires paramédicaux		TM	TM	TM	TM
Analyses et examens de laboratoire		TM	TM	TM	TM
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique)		TM	100 % BR	400 % BR	500 % BR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR⁽¹²⁾)		TM	TM	TM	TM
Médicaments	Médicaments remboursés à 65 %	TM	TM	TM	TM
	Médicaments remboursés à 30 %	-	TM	TM	TM
	Médicaments remboursés à 15 %	-	-	TM	TM

(12) 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.

	COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE		SURCOMPLÉMENTAIRE	
	E1	E2	SE1 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E1	SE2 INTÉGRANT LE SOCLE OBLIGATOIRE E2
NATURE DES ACTES INDEMNISÉS	REMBOURSEMENTS			
	Dans la limite des frais engagés en complément du RO (sauf indication contraire)			
PACK «BIEN-ÊTRE ET BIEN-VIEILLIR» (plafond par an par bénéficiaire)			150 €	200 €
HOSPITALISATION⁽¹⁾ (par an et par bénéficiaire)				
Lit d'accompagnant	Bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans		70 €	100 €
MÉDECINE ALTERNATIVE (par an et par bénéficiaire)				
Ostéopathe, chiropracteur, pédicure-podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue	Par consultation et par bénéficiaire - sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel		100 €	100 €
MÉDECINE ALTERNATIVE (par an et par bénéficiaire)				
Médicaments ou pharmacie non remboursés par la Sécurité sociale⁽¹³⁾	Sur prescription médicale + présentation d'une facture acquittée		100 €	100 €
Vaccins				
Contraception⁽¹³⁾				
PRÉVENTION (par an et par bénéficiaire)				
Sevrage tabagique	Sur prescription médicale + présentation d'une facture acquittée		70 €	70 €
Aptitude à la pratique d'un sport				
CURE THERMALE (par an et par bénéficiaire)				
Cures thermales (honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermale, forfait transport et hébergement thermal) - forfait global annuel			100 €	150 €

(13) Remboursement des achats effectués en pharmacie, sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée.

FRAIS COUVERTS : les remboursements indiqués s'entendent en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire) dans la limite des frais engagés.

Les pénalités financières appliquées par la Sécurité sociale hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, conformément à l'article L-871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à remboursement complémentaire. La prise en charge des prestations indiquées, remboursées par la Sécurité sociale, est assurée à minima au TM.

La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité sociale.

GLOSSAIRE

TM : ticket modérateur. Part des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale sur la base de remboursement.

BR : base de remboursement retenue par la Sécurité sociale.

BR - SS : base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale.

DE : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

RO : régime obligatoire (Sécurité sociale).

Une solution globale pour la santé de vos salariés

Obligatoire : la complémentaire santé collective

Malakoff Humanis a développé, spécifiquement pour les PME / TPE, la gamme « Les Essentielles » pour vous permettre de répondre à vos obligations légales.

PEPS éco active est une complémentaire santé d'entreprise qui respecte à la fois les critères du panier de soins minimum⁽¹⁾ et ceux du contrat solidaire et responsable⁽²⁾.

Vous choisissez votre formule :

- **Essentielles 1** : des garanties qui répondent exactement au panier de soins minimum fixé par la loi.
- **Essentielles 2** : des garanties minimales renforcées en optique et dentaire.

INFO + L'entreprise a l'obligation de financer au minimum 50% de la cotisation « Assuré seul » de la complémentaire santé obligatoire (paniers de soins ANI).

Vous choisissez les bénéficiaires du contrat

Vous disposez de deux structures de cotisations possibles. Demandez conseil à votre conseiller commercial Malakoff Humanis.

- Tarif Famille
- Assuré seul

Pour aller plus loin dans la couverture santé de vos salariés

En souscrivant PEPS éco active, vous faites le choix d'une complémentaire santé qui répond de façon générale aux besoins de vos salariés. Certains d'entre eux peuvent avoir des besoins spécifiques auxquels peut répondre une surcomplémentaire.

Nous disposons de formules complémentaires pour compléter les garanties de l'offre PEPS éco active.

Parlez-en à votre conseiller commercial !

Facultatif : compléter le contrat obligatoire

Plusieurs possibilités s'offrent à vous pour compléter les garanties obligatoires du contrat collectif.

- **Extension famille**
Si le contrat collectif obligatoire concerne uniquement vos salariés, vous pouvez de façon facultative leur proposer d'étendre la couverture santé à leur famille. Dans ce cas, le financement de cette extension famille sera entièrement à la charge de vos salariés.
- **Surcomplémentaire collective à adhésion individuelle**
Chaque salarié couvert par la complémentaire santé d'entreprise peut avoir besoin d'accroître la prise en charge de ses frais de santé en fonction de besoins spécifiques pour lui et/ou sa famille.
Nous mettons à votre disposition une offre de

surcomplémentaire collective facultative conçue spécialement pour compléter les garanties de l'offre « Les Essentielles ». Vos salariés à titre individuel et facultatif peuvent souscrire à cette surcomplémentaire et en assurer le financement.
La surcomplémentaire concerne de façon systématique l'ensemble des bénéficiaires du contrat de complémentaire santé.

INFO +

Le financement de l'extension famille et/ou de la surcomplémentaire est entièrement à la charge du salarié.

100 % SANTÉ Nous protégeons toujours mieux vos salariés

PEPS éco active satisfait aux évolutions réglementaires du « 100 % Santé ».

Vos salariés bénéficient de garanties adaptées pour accéder à une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à payer.

(1) La transposition de l'ANI (Accord National Interprofessionnel), du 11 janvier 2013, dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi prévoit la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé depuis 1^{er} janvier 2016. Chaque employeur est donc dans l'obligation légale, depuis le 1^{er} janvier 2016, de mettre en place un contrat frais de santé collectif au bénéfice de ses salariés, en respectant un panier de soins minimum déterminé par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014.

(2) La Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2014 a prévu des évolutions au cahier des charges du « Contrat Solidaire et Responsable ». Ces évolutions, précisées par décret publié au Journal Officiel le 19 novembre 2014 pour une prise d'effet au 1^{er} avril 2015, ont été intégrées à PEPS éco active.



Des services performants

En accompagnement des garanties de votre contrat, Malakoff Humanis vous propose de nombreux services innovants et de qualité.

Des réseaux de partenaires sur l'ensemble du territoire

Les réseaux de partenaires santé Malakoff Humanis, présents sur l'ensemble du territoire, garantissent à vos salariés l'accès à des soins de qualité tout en bénéficiant de réductions tarifaires attractives.

- **Kalixia optique : plus de 5 200 opticiens partenaires** (premier réseau de France)
Le réseau Kalixia optique permet à 3 assurés sur 4 de choisir un équipement comprenant une monture de marque et des verres de haute technicité sans aucun reste à payer.
- **Kalixia dentaire : plus de 3 400 chirurgiens-dentistes partenaires**
Le réseau Kalixia dentaire permet :
 - d'économiser jusqu'à 650 € en moyenne sur certains actes comme l'implant ;
 - de bénéficier d'honoraires négociés en soins prothétiques, d'implantologie, d'orthodontie et de parodontologie, sans avance de frais.
- **Kalixia audio : plus de 3 500 centres d'audioprothèses partenaires**
Bénéficiez de prestations de qualité au meilleur coût avec, par exemple, une économie moyenne de 600 € sur un double appareillage.
- **Kalixia ostéopathie : prenez soin de la santé et du mieux-être de vos salariés avec notre réseau qui regroupe aujourd'hui près de 450 ostéopathes sélectionnés pour leur professionnalisme.** Bénéficiez de tarifs négociés sur le montant de vos consultations quels que soient vos besoins.
- **Réseau de soins agréé :** plus de 180 centres de santé et cliniques dentaires.
- **Réseau hospitalier :** vos salariés bénéficient de tarifs négociés sur la chambre particulière dans un certain nombre d'hôpitaux et de cliniques.

Le tiers payant

Sur présentation de la carte de tiers payant Malakoff Humanis, vos salariés sont dispensés d'avance de frais auprès de 80 000 professionnels de santé.

L'analyse des devis

Ce service permet d'évaluer le reste à charge de l'assuré avant d'engager des frais importants en optique, en dentaire et en cas d'hospitalisation.

Le second avis médical

Deux avis valent mieux qu'un, surtout en matière de santé ! Grâce à ce service, vos salariés accèdent facilement à un médecin expert de leur maladie. Sur la base des informations médicales transmises, un avis est restitué sous 7 jours.

L'assistance pour faciliter la vie de tous les jours

Une maladie, une hospitalisation ou un accident mettent en péril l'équilibre de la vie quotidienne ?

Malakoff Humanis Assistance met en place une aide temporaire, immédiate et adaptée : aide ménagère jusqu'à 30 heures par mois, garde d'enfants, conduite à l'école, garde des animaux domestiques, livraison de médicaments, renseignements médicaux et administratifs...

L'accompagnement social : des services solidaires

Au-delà des garanties santé et des services, l'accompagnement social de Malakoff Humanis apporte à vos salariés une aide personnalisée pour faire face à des difficultés ponctuelles ou à des situations de handicap.

Les services d'orientation

- **ComparHospit®**
Malakoff Humanis a créé, pour ses assurés, un outil exclusif de comparaison des établissements de santé.
- **ComparEhpad®**
Ce guide interactif apporte une aide précieuse dans la recherche d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- **Géolocalisation des professionnels de santé partenaires**
Chaque assuré peut localiser, près de chez lui, le ou les praticiens qui garantissent le meilleur service au meilleur prix (enseigne, horaires d'ouverture, services proposés...).

L'Espace Client Entreprise

L'entreprise y consulte son compte (contrats, cotisations, liste des salariés affiliés...) et y effectue ses formalités en toute simplicité (déclaration et paiement des cotisations, affiliation et radiation de salariés...).

L'Espace Client Particulier

Chaque salarié y retrouve les informations relatives à ses garanties santé, le suivi de ses remboursements ainsi que de nombreux services et outils d'orientation.

Depuis leur Espace Client, ils peuvent prendre rendez-vous en ligne :

- Avec un praticien en médecine douce référencé par notre partenaire **Medoucine**.
- Avec une infirmière, kinésithérapeute... référencés par notre partenaire **Libheros**.
- S'ils ne trouvent pas de rendez-vous médical rapidement, ils peuvent utiliser le service de **Téléconsultation**.

NOUVEAU CoachetMoi, une application mobile innovante

Fatigue, nervosité... L'état de stress peut avoir des effets graves sur la santé physique et mentale de vos salariés. Créée pour réduire le stress des salariés, **CoachetMoi** articule le meilleur de la technologie et de l'humain pour délivrer une expérience de coaching unique. L'application propose à chaque salarié un programme personnalisé, en fonction de son niveau de stress, des sources de son stress, de ses habitudes de vie et préférences.