

Les prestations remboursées au titre de la CSM sont modifiées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, de manière à mettre en conformité la grille avec les nouvelles exigences de la réforme du 100% Santé et avec les nouveaux engagements concernant la lisibilité des garanties signés par l'UNOCAM le 14 février 2019

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels . Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2020 et à partir du 01/01/2021 pour certaines prothèses dentaires et auditives.	CAMIEG		CSM
	Régime de base	Régime complémentaire	Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2020
<b>SOINS COURANTS</b>			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	60%
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	40%
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100%
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80%
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	100%
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non-signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80%
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34€ par séance dans la limite de 12 séances par année civile
Auxiliaires médicaux	60%	60%	50%
Analyses, prélèvements	60%	60%	50%
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7% du PMSS (24,00€) par année civile
Pansements	60%	60%	40%
Le taux de remboursement est majoré de 50% (sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80% ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.			
<b>OPTIQUE</b>			
La prise en charge de la CSM est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la CSM (monture et verres) sont différenciés entre Adulte (à partir de 18 ans) et Enfant (moins de 18 ans). La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) (1).			
<b>Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60%	35€ par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03€ soit 34,97€ pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100,00€) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00€)
<b>Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60%	77€ par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03€ soit 76,97€ pour le régime complémentaire) (2)	Plafond du contrat responsable (100,00€) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00€)
<b>Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :			
Hors réseau Kalixia (1)			
Dans le réseau Kalixia (1)	60%	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 45,00€ Complexe : 95,00€ Très complexe : 170,00€	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) Prise en charge de 100% des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
<b>Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe B) :			
Hors réseau Kalixia (1)			
Dans le réseau Kalixia (1)	60%	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00€ Complexe : 103,00€ Très complexe : 192,00€	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous) Prise en charge de 100% des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B ***	60%	60%	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60%	645% de la BR	1,5% du PMSS (51,42€) par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS (251,96€) par année civile
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32% du PMSS (1 096,96€) par année civile et par œil
(2) Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77€ (y compris le régime de base à 0,06€ soit 76,94€ pour le régime complémentaire) et pour la CSM au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00€) sous déduction du remboursement de la Camieg.			
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.			
** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.			
*** La prestation «adaptation correction visuelle par l'opticien» est prise en charge par la Camieg (60% de la BR pour le régime de base et 60% de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B).			
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS</b>			
Soins et radios dentaires	70%	50%	100%
<b>PROTHESES DENTAIRES</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement) (1)	70%	425%	Sans reste à charge (1)
- Panier reste à charge maîtrisé	70%	425%	150%
- Panier tarifs libres :			
- prothèses	70%	425%	150%
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	70%	425%	10,5% du PMSS (359,94€) par couronne sur implant

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels . Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2020 et à partir du 01/01/2021 pour certaines prothèses dentaires et auditives.	CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2020
	Régime de base	Régime complémentaire	
<b>DENTAIRE (suite)</b>			
<b>Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :</b>			
- 1 à 2 dents	-	-	2% du PMSS (68,56€)
- 3 dents	-	-	4% du PMSS (137,12€)
- par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS (34,28€)
<b>ORTHODONTIE</b>			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%	260%	200%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300%
<b>Autres actes non remboursés par la Sécurité sociale :</b>			
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	150%
Implants (radios, préparation, pose, inlay) - maximum 5 implants par année civile	-	-	20% du PMSS (685,60€) par implant
Parodontologie (forfait annuel) <sup>(2)</sup>	-	-	8,4% du PMSS (287,95€) par année civile
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par an	-	-	30% des frais réels par année civile
(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier «sans reste à charge», à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la CSM dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale. (2) : Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.			
<b>APPAREILLAGE</b>			
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60% / 100%	60% / 90% / 150% / 190%	100%
<b>Aide auditive remboursable par la Sécurité sociale :</b>			
La prise en charge de la CSM, comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive, est limitée pour chaque oreille à une audioprothèse par période de 48 mois de date à date. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. La prise en charge de l'équipement (plafond) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 pour la CSM et à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 pour la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019).			
<b>Remboursement du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2020 :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) :			
Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale * *	60%	Forfait de 1.700€ (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	18% du PMSS (617,04€) par aide auditive
Aides auditives bilatérale (par paire) acceptées par la Sécurité sociale * *	60%	Forfait de 1.700€ (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	18% du PMSS (617,04€) par aide auditive
<b>Remboursement du 1<sup>er</sup> janvier 2021 :</b>			
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini réglementairement)	60%	Sans reste à charge *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) :			
Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale * *	60%	Forfait de 1.700€ (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Aides auditives bilatérale (par paire) acceptées par la Sécurité sociale * *	60%	Forfait de 1.700€ (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale * *	60%	60%	1,4% du PMSS (47,99€) par année civile
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS (3 085,20€)
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires. ** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.			
<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)</b>			
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques), frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné	80% / 100%	20% / 0% Honoraires : 220% / 200%	100%
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% / 100%	220% / 200%	-
Forfait journalier prévu par l'article L. 174-4 du CSS	-	-	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1% du PMSS (34,28€)
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS (71,99€)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS (38,39€)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS (71,99€)
- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. - L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées. - Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	65%	55%	8% du PMSS (274,24€)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS (59,99€)
Pilule contraceptive de 3 <sup>ème</sup> ou 4 <sup>ème</sup> génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS (59,99€)
Ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS (95,98€)
Détartrage annuel des dents	70%	50%	70%
Scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	70%
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - substituts nicotiques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin.	150€/an pour les substituts nicotiques		3,85% du PMSS (131,98€) par année civile

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

\* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Mutieg A Asso.

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

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale pour 2020 est de 3 428€).

Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire ainsi que la Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

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

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social de la CSM.

## GRILLE OPTIQUE

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

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

  

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

Légende : (a)

Verre simple
  Verre complexe
  Verre très complexe

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