

DOCUMENT
À CONSERVER

GUIDE PRATIQUE

- PROCESSUS 2 -

COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE



BRANCHE DES INDUSTRIES
ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES



Afin de répondre à une attente forte des salariés, les partenaires sociaux de la Branche des Industries Électriques et Gazières (IEG) se sont accordés pour améliorer significativement le niveau des remboursements de frais de santé en créant la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM) au **1^{er} janvier 2011**.

La mise en place de cette couverture supplémentaire s'inscrit dans le cadre de la modernisation de la protection sociale maladie des salariés statutaires des IEG qui a été engagée avec l'évolution du Régime spécial d'Assurance Maladie des IEG en 2007. Les partenaires sociaux ont souhaité que cette couverture s'applique de manière obligatoire à l'ensemble des salariés statutaires pour assurer la solidarité et une mutualisation à l'échelle de la branche professionnelle.

La couverture s'ajoute aux remboursements actuels de la CAMIEG (Régime général et/ou Régime complémentaire).

Attentifs à la pérennité du dispositif, les partenaires sociaux ont choisi de s'inscrire dans la démarche des contrats solidaires et responsables : le choix d'une garantie mutualisée dans la branche implique la responsabilité de tous au bénéfice de l'ensemble de la collectivité.

Pour la mise en place de la Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire, un contrat collectif d'assurance « frais de santé » est souscrit avec les mutuelles ENERGIE MUTUELLE, HARMONIE MUTUELLE et SMI. **La gestion des prestations est confiée à MUTIEG A ASSO, votre seul interlocuteur pour vos démarches et remboursements.**

Pour vous aider dans le suivi de votre CSM nous avons créé ce guide pratique. C'est un document non contractuel. Reportez-vous à la notice d'information pour connaître, dans le détail, toutes les caractéristiques de la CSM.

Sommaire :

- 3** > Ma Couverture Supplémentaire Maladie au quotidien
- 8** > Ma Couverture Supplémentaire Maladie
- 16** > Qu'est-ce que le Fonds Social ?
- 17** > Comment me faire rembourser ?
- 22** > Quelques exemples de remboursements
- 29** > Services & contacts
- 30** > Lexique (*définition des termes dans le guide suivis d'un astérisque**)

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE AU QUOTIDIEN

QUI DOIS-JE AFFILIER ?

- Vous êtes couvert à titre obligatoire par la CSM et vous devez affilier obligatoirement, via un Bulletin Individuel d’Affiliation, vos ayants droit qui sont vos enfants et votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, sous conditions de ressources, dès lors qu’ils sont bénéficiaires de la CAMIEG.
- Vous devez impérativement compléter le bulletin individuel d’affiliation - accompagné des pièces justificatives demandées, notamment le RIB et l’attestation CAMIEG de vos ayants droit - pour déclarer votre situation familiale (ayants droit) et votre situation personnelle (ex. : adresse, coordonnées bancaires) et l’adresser à votre gestionnaire du contrat de travail ou au CSPRH.
Vous trouverez un exemplaire du bulletin d’affiliation annexé à la notice d’information remise par votre employeur. Ce document est également téléchargeable dans l’espace CSM Salariés du site Internet de MUTIEG A ASSO (www.energiemutuelle.fr/mutiegA) ainsi que dans votre Espace personnel.
- Votre affiliation et celle de vos ayants droit donneront lieu à l’envoi d’une carte mutualiste qui mentionnera votre numéro d’adhérent. Elle ne se substitue pas à la carte Vitale.

BON À SAVOIR :

- Si votre famille est couverte à titre obligatoire par ailleurs (par exemple, par le régime de votre conjoint), vous pouvez ne pas couvrir vos ayants droit au titre de la CSM et ainsi cotiser vous seul à la CSM au taux « isolé ».
- Si vous (et/ou vos enfants) êtes couverts par la complémentaire santé obligatoire de votre conjoint, et que vous souhaitez que la complémentaire santé de votre conjoint intervienne en premier lieu, avant la CSM obligatoire, pour le remboursement des prestations, vous devez refuser la télétransmission sur le bulletin individuel d’affiliation.
Dans ce cas et pour le remboursement des prestations de la CSM, adressez à MUTIEG A ASSO le relevé fourni par la complémentaire santé ainsi qu’une copie des notes et factures nominatives acquittées pour les actes sans prise en charge par la Sécurité sociale ni par la complémentaire santé de votre conjoint.
- Si votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, est également salarié statutaire d’une entreprise de la branche des IEG :
 - si vous n’avez pas d’enfant à charge : vous devez remplir, tous les deux, un bulletin individuel d’affiliation. Vous et votre conjoint cotiserez alors au taux « isolé » ;
 - si vous avez des enfants à charge : c’est celui ou celle dont les enfants sont inscrits sous son numéro de Sécurité sociale à la CAMIEG qui doit les renseigner sur son bulletin individuel d’affiliation. A titre dérogatoire, il pourra cotiser au taux « famille » tandis que le conjoint, ne déclarant que lui-même sur son bulletin individuel d’affiliation, cotisera au taux « isolé » ;
 - dans le cas où les enfants seraient rattachés au numéro de Sécurité sociale de leur père ET de leur mère, les conjoints devraient désigner celui d’entre eux qui s’acquittera de la cotisation « famille » (l’autre s’acquittant uniquement d’une cotisation « isolé »). Le conjoint qui s’acquittera de la cotisation « famille » sera le seul à inscrire les enfants du couple sur son dossier CSM.

QUE FAIRE SI J'AI DÉJÀ UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À TITRE PERSONNEL ?

- Depuis le 1^{er} janvier 2016, les salariés peuvent demander à être dispensés d'adhérer au Régime Obligatoire CSM, dès lors qu'ils rentrent dans les conditions prévues par les articles D.911-2 et D.911-3 du Code de la sécurité sociale :
 - Salariés bénéficiaires de la CMU Complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), dispositif remplacé par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ;
 - Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche, si elle est postérieure (la dispense ne valant alors que jusqu'à l'échéance annuelle de l'assurance individuelle) ;
 - Salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayants droit, au titre d'un autre emploi, de l'un des dispositifs fixés par l'arrêté du 26 mars 2012, notamment :
 - Une couverture collective et obligatoire d'entreprise,
 - Le régime complémentaire de la CAMIEG.
- Si vous êtes concerné par l'une de ces situations, vous devez vous rapprocher de votre Responsable des Ressources Humaines, afin de récupérer, compléter et lui retourner un formulaire de demande de dispense d'adhésion à la CSM. C'est votre Responsable des Ressources Humaines qui valide votre demande et transmet une copie à MUTIEG A ASSO et à votre gestionnaire du contrat de travail ou au CSPRH.
- Lorsque votre dispense prendra fin, vous devrez, dans tous les cas, remplir un Bulletin Individuel d'Affiliation (BIA), en indiquant la date d'effet de la fin de votre dispense d'adhésion et l'adresser directement à votre Responsable des Ressources Humaines qui le valide et le transmet à MUTIEG A ASSO et à votre gestionnaire du contrat de travail ou CSPRH.





QUEL EST LE MONTANT DE MA COTISATION ?

Votre cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale limitée au Plafond de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond Mensuel de Sécurité Sociale pour 2021 est de 3 428 euros ; il est revalorisé chaque année).

Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année dite « 13^e mois » comprise, dans la limite du plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Elle est fixée en fonction de votre **situation de famille déclarée à MUTIEG A ASSO** :

- taux « famille » si vous avez un ou plusieurs ayant(s) droit,
- taux « isolé » si vous êtes inscrit seul.

Elle est directement prélevée sur votre paie.

L'employeur contribue à hauteur de 65 % à la cotisation totale.

Après une hausse des tarifs au 1^{er} janvier 2020, les taux de cotisations au 1^{er} janvier 2021 ont diminué. En effet, la période de confinement (mi-mars à mi-mai 2020) a provoqué un recul des demandes de remboursements compte tenu de l'inaccessibilité aux magasins d'optique et plus généralement de l'accès compliqué aux professionnels de santé (dentaire notamment).

Les taux appliqués pour l'année 2021 sont les suivants :

	Cotisation « isolé »	Cotisation « famille »
Cotisation employeur	0,513 %	0,907 %
Cotisation salarié	0,276 %	0,488 %
Cotisation globale	0,789 %	1,395 %

A titre indicatif à la date d'impression du présent guide :

EXEMPLE : vous avez 2 enfants, votre rémunération principale brute est de 1 700 €.
Votre cotisation mensuelle sera de : 0,488 % de 1 700 € = 8,30 €

Sur la base du PMSS* 2021, la cotisation salariale mensuelle est au maximum de 9,46 € pour un salarié cotisant en « isolé » et de 16,73 € pour un salarié cotisant en « famille ».

EXEMPLE : vous avez 2 enfants, votre rémunération principale brute est de 3 450 €.
Votre cotisation mensuelle est de : 0,488 % de 3 428 € (PMSS* 2021) = 16,73 €

Les invalides de 2^e et 3^e catégories sont couverts à titre gratuit.

BON À SAVOIR :

La CSM étant un dispositif collectif et obligatoire, la cotisation salariale n'est pas prise en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

En revanche, la cotisation patronale est intégrée aux revenus imposables pour le calcul de l'impôt (IRPP). Vous n'avez pas de démarche spécifique à accomplir au moment de votre déclaration de revenus. La déclaration faite par l'employeur aux services fiscaux en tient déjà compte.

La Mutuelle partenaire communique annuellement, selon les dispositions de l'arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties frais de santé couvertes par le contrat CSM.

* PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale soit 3 428 € en 2021.

QUE DOIS-JE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION DE MA SITUATION FAMILIALE ET/OU MA SITUATION PERSONNELLE ?

- Tout au long de votre affiliation, vous devez déclarer à MUTIEG A ASSO dans les plus brefs délais à **compter de sa survenance**, tout changement de situation familiale et de coordonnées.
Vous devez pour cela adresser à MUTIEG A ASSO le **formulaire de modification de situation familiale ou de coordonnées** que vous pouvez demander à MUTIEG A ASSO, télécharger ou compléter directement sur le site Internet dédié (www.energiemutuelle.fr/mutiegA) ou depuis votre espace personnel (adh.energiemutuelle.fr).

Un justificatif peut être exigé par MUTIEG A ASSO pour la prise en compte de ces changements. Si votre modification porte sur l'ajout d'un ayant droit, il est nécessaire de fournir une attestation de droits CAMIEG à télécharger sur le site www.ameli.fr.

Dans le cas d'une demande de résiliation pour le retrait d'un de vos ayants droit, une copie du formulaire type de demande de dispense employeur disponible sur le site Internet de MUTIEG A ASSO dûment complété par vos soins, ou une attestation de fin de droits CAMIEG est exigée.

ATTENTION : il est important de tenir MUTIEG A ASSO informée de tout changement de situation familiale, notamment dans le cas où l'un de vos ayants droit perdrait ses droits CAMIEG.

En effet, aucun remboursement de la CSM ne pourra intervenir sans remboursement préalable de la CAMIEG.

Le formulaire de modification de situation familiale doit également être envoyé à votre gestionnaire du contrat de travail ou au CSPRH.

- Les différents formulaires sont téléchargeables depuis l'Espace CSM Salariés du site Internet de MUTIEG A ASSO (www.energiemutuelle.fr/mutiegA) et depuis votre Espace personnel. Vous pouvez également demander à MUTIEG A ASSO, via notre accueil téléphonique ou par courriel, de vous les adresser.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?

- **Vous êtes en suspension du contrat de travail et votre employeur vous maintient votre rémunération totalement ou partiellement ou vous verse une prestation** : vous restez couvert à titre obligatoire par la CSM dans les mêmes conditions que lorsque vous étiez en activité.
Ex. : maladie, longue maladie, maternité, invalidité de catégorie 1, congé CET, congé de solidarité familiale, congé de présence parentale.
- **Vous êtes en suspension du contrat de travail et votre employeur ne vous maintient pas votre rémunération ni ne vous verse de prestation** : vous n'êtes pas ou plus couvert à titre obligatoire par la CSM mais vous pouvez en demander le maintien à titre facultatif auprès de MUTIEG A ASSO en adressant le bulletin d'adhésion facultative « Salariés sans solde » téléchargeable sur le site Internet de MUTIEG A ASSO (www.energiemutuelle.fr/mutiegA) ou depuis votre espace personnel (adh.energiemutuelle.fr).
Vous devrez vous acquitter de la totalité de la cotisation, à savoir cotisation employeur + cotisation salarié.
Ex. : congés sans solde pour convenance personnelle, congés sans solde pour création d'entreprise, congé parental.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE RUPTURE DE MON CONTRAT DE TRAVAIL ?

- Vous ne bénéficiez plus de la CSM à titre obligatoire.
- À la suite de la rupture de votre contrat de travail, **si vous partez à la retraite** (ou dans les autres cas visés par l'article 4 de la Loi « Evin » du 31 décembre 1989 et précisés dans la notice d'information), vous disposez d'un délai de 6 mois à compter du jour de la rupture de votre contrat pour demander le maintien de la CSM à **titre facultatif**. Vous devrez alors vous acquitter d'une cotisation spécifique (sans participation financière de votre ancien employeur).
- Lorsque la rupture de votre contrat de travail donne lieu à **indemnisation au titre de l'assurance chômage, sauf en cas de faute lourde**, vous bénéficiez gratuitement, ainsi que vos éventuels ayants droit, du maintien de la CSM au titre de la portabilité (article L.911-8 du Code de la sécurité sociale). Ce droit au maintien est applicable en cas de chômage indemnisé. Il ne peut excéder 12 mois à compter de la date de rupture du contrat de travail conformément à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Au terme de ce délai de maintien, vous disposez du délai de 6 mois visé ci-dessus pour demander le maintien à titre facultatif de la CSM.

QUELS SONT MES DROITS ET OBLIGATIONS PENDANT LA DURÉE DE MAINTIEN DE LA CSM AU TITRE DE LA PORTABILITÉ (ARTICLE L.911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) ?

- Conformément à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, le maintien de la Couverture est également applicable à vos ayants droit, dès lors que ceux-ci sont couverts par la CSM.
Ainsi, si vous ouvrez droit à la portabilité vous pouvez rattacher un nouvel ayant droit durant la période de maintien à la garantie aux mêmes conditions que les salariés en activité à condition que vous ayez effectivement cotisé sur la base d'une structure familiale avant la rupture de votre contrat de travail.
Si vous cotisiez en structure « isolé », vous ne pourrez pas rattacher d'éventuel ayant droit durant la période de portabilité.
Si des modifications de garanties des actifs surviennent durant la période de portabilité, elles s'appliquent également aux bénéficiaires en cours de portabilité.
Pour pouvoir bénéficier du maintien des garanties au sens de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, vous devez justifier auprès de MUTIEG A ASSO des conditions du droit à la portabilité en lui communiquant votre attestation du droit aux allocations chômage.
- Le droit au maintien à la garantie est accordé pendant la période d'indemnisation du chômage pour une durée minimale égale à la durée du dernier contrat de travail exprimée en mois entiers arrondis au nombre supérieur (minimum 1 mois) et pour une durée au plus égale à 12 mois.
La perte du droit à portabilité résulte de la reprise d'un autre travail, de la radiation de Pôle Emploi ou de la survenance du terme de la période de maintien.
Il appartient à l'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale de prévenir dans les meilleurs délais MUTIEG A ASSO de la réalisation de l'un des événements précités et de ne plus demander le paiement de prestations à compter de cette date.
- À défaut d'avoir rempli cette obligation, et dans le cas où le participant a bénéficié d'une période de portabilité supérieure à celle à laquelle il aurait dû prétendre, une récupération des prestations reçues indûment pourra être mise en œuvre.
Le délai de prescription pour des prestations indues est de cinq ans à compter du paiement indu. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les Mutuelles Partenaires en ont eu connaissance.

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

Les prestations remboursées au titre de la CSM sont modifiées à compter du 1^{er} janvier 2021, 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 .		CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2021
	Régime de base	Régime complémentaire		
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 01/01/2021.				
SOINS COURANTS				
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.				
OPTIQUE				
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)				
- 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 €)	
Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *		
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)				
- 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 €)	
Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)				
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 185,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)	
Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾	60 %			
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)				
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)	
Hors réseau Kalixia ⁽¹⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA	
Dans le réseau Kalixia ⁽¹⁾	60 %			
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)	-	Lentilles hors adaptation 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	
(1) 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).				
(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'appairage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente.				
** Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale.				
*** La prestation «adaptation correction visuelle par l'opticien» est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B)				
**** Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge.				
DENTAIRE				
SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes et stomatologues)	70 %	50 %	100 %	
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)				
Radiologie dentaire				
PROTHÈSES DENTAIRES	70 %	425 %	Sans reste à charge ⁽¹⁾	
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement) ⁽¹⁾				
- Panier reste à charge maîtrisé				
- Panier tarifs libres :	70 %	425 %	150 %	
- prothèses	70 %	425 %	150 %	
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	70 %	425 %	10,5 % du PMSS (354,94 €) par couronne sur implant	

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels .		CAMIEG		CSM
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 01/01/2021.		Régime de base	Régime complémentaire	Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2021
DENTAIRE (suite)				
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :				
- 1 à 2 dents		-	-	2 % du PMSS (68,56 €)
- 3 dents		-	-	4 % du PMSS (137,12 €)
- par dent supplémentaire		-	-	1 % du PMSS (34,28 €)
ORTHODONTIE		100 %	260 %	200 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale				
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature		-	-	300 %
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :				
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)		-	-	150 %
Implants - maximum 5 implants par année civile et par bénéficiaire ⁽³⁾		-	-	20 % du PMSS (685,60 €) par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾		-	-	8,4 % du PMSS (287,95 €) par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an		-	-	30 % des frais réels par année civile
(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier «sans reste à charge», depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la 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.				
(3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant »				
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE				
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale		60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %	100 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale		100 %	150 %	90 % du PMSS (3 085,20 €)
AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables à compter du 1 ^{er} janvier 2021 fixée à 1700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)				
Remboursement du 1 ^{er} janvier 2021 :				
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini règlementairement)		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 bilatérales (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
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.				
** La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsable de 1700 € par oreille.				
*** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.				
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)				
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 hospitalier 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 (hospitalisation complète, par nuitée)		-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)		-	-	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.				
AUTRES PRESTATIONS				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		65 %	55 %	8 % du PMSS (274,24 €)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)		-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)		-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie		70 %	50 %	2,8 % du PMSS (95,98 €)
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 ; - test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin.				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 2021 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.

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

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	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,25-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique 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	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,25-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre simple Verre complexe Verre très complexe

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

La prise en charge des verres s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif aux plafonds des contrats responsables

(décret du 31 janvier 2019 n°2019-65)

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

PRÉCISIONS

Respect des nouvelles dispositions du contrat responsable à compter du 1^{er} janvier 2020

L'arrêté du 30 septembre 2019 publié au Journal Officiel n°0229, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2020, est venu préciser les nouvelles règles applicables au régime spécial dit « Régime complémentaire CAMIEG » en ce qui concerne l'accès sans reste à charge à certains soins et équipements d'optiques, auditifs et dentaires. L'ensemble constitué par la Couverture Supplémentaire Maladie et le Régime Complémentaire géré par la CAMIEG respecte globalement, à effet du 1^{er} janvier 2020, les interdictions et les obligations minimales et maximales de prise en charge définies par les articles L.871-1, R.871-1, R.871-2 du Code de la sécurité sociale (dispositif du contrat responsable).

L'arrêté du 23 décembre 2020 publié au Journal Officiel le 26 décembre 2020 modifie en outre à la hausse quatre prestations optiques applicables aux verres du régime spécial d'assurance maladie des Industries Electriques et Gazières.

En conséquence :

- Pour le ticket modérateur, les garanties comprennent bien la prise en charge totale ou partielle de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance Maladie prévue au I de l'article L.160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.
- Les prestations liées à la prévention telles qu'exigées par le contrat responsable sont bien prévues aux garanties CSM.
- Le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale pour les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement et sans limitation de durée.
- Le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée ou à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie et Obstétrique (chirurgiens ou gynécologues/obstétriciens) respecte les limites prévues au paragraphe 2° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale, à savoir :
La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents ne peut excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable.

De plus, cette prise en charge doit être inférieure à celle proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins (conventionnés ou non avec l'Assurance Maladie) n'adhérant pas au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens).

En revanche, le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), n'est pas concerné par ce plafonnement.

Notons que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

Pour rester « responsable », le contrat souscrit par le Membre Participant doit être modifié et intégrer les dispositions relatives à la réforme dite du « 100 % santé » en optique, dentaire et auditif, dans le respect du calendrier prévu par les textes.

Les autres dispositions relatives au contrat responsable restent inchangées. L'arrêté du 30 septembre 2019 garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires dans le régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières adapte les prestations servies au titre du régime complémentaire obligatoire maladie des assurés des industries électriques et gazières au dispositif «100 % santé ».

Les garanties optiques, dentaires et auditives sont modifiées de la façon suivante :

OPTIQUE

Généralités et spécificités du Régime CAMIEG

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020 :

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- L'équipement optique de « classe A » est **sans reste à charge pour l'assuré** : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement optique de « classe B » : cet équipement, **est remboursé dans le respect des planchers et plafonds** prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- Soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »
- Soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait unique, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans la limite du plafond de classe B correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture) alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante (100 euros maximum pour la monture suite au remboursement de base, au remboursement complémentaire et au remboursement de la CSM).

Pour les bénéficiaires du Régime Spécial des IEG, les montants des forfaits optiques varient selon l'âge du bénéficiaire (plus ou moins de dix-huit ans).

• Définition des verres simples, complexes ou très complexes

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et $+6,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à $6,00$ dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de $-6,00$ à $+6,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-6,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-6,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $6,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre $-4,00$ et $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et $0,00$ dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à $8,00$ dioptries.

VERRES TRÈS COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de $-4,00$ à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre $-8,00$ et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à $+4,00$ dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à $-8,00$ dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à $0,25$ dioptrie,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à $8,00$ dioptries.

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

• Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2018.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement du Régime Spécial des Industries Electriques et Gazières	2 ans suivant la dernière facturation	• 1 an suivant la dernière facturation • 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	• Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	• Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, • Soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance.	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

DENTAIRE

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur en deux temps : à compter du **1^{er} janvier 2020** pour une partie des actes du panier « 100 % santé » puis au **1^{er} janvier 2021** pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « 100 % santé » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes ;
- Un panier aux tarifs maîtrisés / modérés, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties ;
- Un panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

AIDE AUDITIVE

Les évolutions suivantes sont entrées en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « classe I » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « classe II » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros par aide auditive prévu dans le cadre du contrat responsable.

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans, suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur, depuis le 1^{er} janvier 2017.

Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

Les autres dispositions relatives au contrat solidaire et responsable restent inchangées.

Les exclusions de garanties afférentes au dispositif du contrat responsable et solidaire, sont stipulés à l'article 19 des dispositions générales des contrats d'assurance collective mentionnées à l'article 7.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, les aides auditives de « classe II » sont remboursées exclusivement au titre des prestations du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières dans la limite du plafond du contrat solidaire et responsable, soit 1700 € par aide.

• Exclusions de prises en charge prévues par le dispositif du « contrat responsable »

En application des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale relatives au contrat responsable, sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles Partenaires :

- la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation de leur part d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus) ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire sont exclus des remboursements accordés par les Mutuelles Partenaires ;
- toute autre mesure d'exclusion induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics est exclue des remboursements accordés par la Mutuelle Partenaire et qui fera l'objet d'un nouvel avenant au contrat CSM.

Modalités de calcul des prestations

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Spécial des IEG géré par la CAMIEG et si nécessaire du Régime de Sécurité sociale ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

Selon le poste de soins, les Mutuelles Partenaires déterminent le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Obligatoire soit au tarif de convention soit au tarif d'autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

MA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, l'ostéopathie et la chiropractie, les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales et en cas d'hospitalisation ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

Les remboursements, découlant des prestations frais de santé, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des Bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le Bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire, les montants de remboursements assurés par les Mutuelles Partenaires demeurent au niveau atteint avant la modification, à défaut de révision des Contrats d'assurance collective.

Le remboursement des actes d'ostéopathie, de chiropractie, d'éthiopathie et de médecins acupuncteurs est subordonné obligatoirement à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DES Listes). Les actes d'acupuncture et de nutrition doivent être effectués par un médecin. Quant aux étiopathes, ils doivent être membre du Registre National des Etiopathes. Le remboursement des actes des pédicures-podologues est subordonné à leur inscription au Code de Santé Publique.

IMPORTANT

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1er janvier 2008 par les Pouvoirs publics.

Les garanties ne prennent pas en charge, notamment :

- la participation forfaitaire de 1 € par acte ;
- la participation forfaitaire de 0,50 € par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical ;
- la participation forfaitaire de 2 € par transport médical ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement ;
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire.
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés* ;

Ex. : accès à un médecin sans consultation préalable du médecin traitant

- toute autre mesure d'exclusion induite par la réglementation décidée par les pouvoirs publics sur les complémentaires santé est exclue des remboursements CSM.

Elles respectent les obligations issues du décret du 18 novembre 2014 à savoir :

- la limitation des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins non signataires de **L'OPTAM/OPTAM-Co**
- la prise en charge intégrale du forfait journalier en hospitalisation ;
- la périodicité pour les prestations d'équipement optique (verres + monture) ;
- les planchers et plafonds pour les équipements optiques.

QU'EST-CE QUE LE FONDS SOCIAL ?

En cas de situation difficile, des aides exceptionnelles en lien avec la maladie peuvent être versées par le Fonds social CSM Actifs, après étude de votre dossier par la Commission.

Ce dossier est accessible :

- En téléchargement via le site Internet www.energiemutuelle.fr/mutiegA, Espace CSM Salariés, onglet « Prévention et Solidarité », rubrique « Pôle Solidarité et Prévention »

ou

- Sur demande, par courrier, à adresser à
MUTIEG A ASSO
Pôle Solidarité et Prévention
4 rue Fulton - 49000 ANGERS

Il devra être retourné :

- Par courriel via votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr, rubrique « Nous contacter », puis « Transmettre un document »

ou

- Par courrier à adresser à
MUTIEG A ASSO
Pôle Solidarité et Prévention
4 rue Fulton - 49000 ANGERS



COMMENT ME FAIRE REMBOURSER ?

BON À SAVOIR :

En tant que caisse de Sécurité sociale des IEG, c'est toujours la CAMIEG qui est compétente pour les démarches concernant l'Assurance Maladie (Ex. : carte internationale, entente préalable...). Pour en savoir plus, vous pouvez consulter : www.camieg.fr et www.ameli.fr (Assurance Maladie).

Dans la plupart des cas, la CAMIEG informe directement MUTIEG A ASSO, par voie électronique, des montants remboursés. Vous n'avez donc pas à envoyer votre décompte de la CAMIEG à MUTIEG A ASSO. Le décompte que vous recevrez de la CAMIEG indiquera « transmis à votre Mutuelle ». Nous vous conseillons néanmoins de le conserver.

IMPORTANT

Pour le remboursement des prestations ci-dessous, vous devrez communiquer des documents à MUTIEG A ASSO.



● SOINS COURANTS :

- Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes, de médecins acupuncteurs et analyses hors nomenclature : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée.
- Majoration du remboursement de 50 % (sauf pour les actes de médecins non signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO*) pour les personnes en situation de handicap au moins égal à 80 % : adressez à MUTIEG A ASSO une copie de votre Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité lors de l'affiliation ou de votre carte lors de la décision de la Commission pour les Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées.

● OPTIQUE :

- Pour bénéficier du tiers payant* sur le remboursement CSM, vous devez présenter votre carte mutualiste à votre opticien qui adressera une demande de prise en charge à VIAMEDIS.
- Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an. Les prestations de l'équipement sont respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.
- Lentilles jetables : MUTIEG A ASSO peut vous demander de fournir une copie de la ou des factures nominatives acquittées.
- Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée.

COMMENT ME FAIRE REMBOURSER ?



● DENTAIRE :

- Couronnes ou stellites provisoires, parodontologie, implants, autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature* : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée indiquant le détail de la codification, l'acte pratiqué et le numéro de la dent soignée.
- Nous attirons votre attention sur le fait que les devis et factures des chirurgiens-dentistes doivent mentionner précisément le code acte de la CCAM dentaire (code composé de 7 caractères), pour une prise en charge plus efficace de vos remboursements par MUTIEG A ASSO. Dans le cas contraire, MUTIEG A ASSO ne pourra procéder au remboursement de la prestation.
- Pour bénéficier du tiers payant sur le remboursement CSM, votre dentiste doit adresser une demande de prise en charge à MUTIEG A ASSO. MUTIEG A ASSO enverra, en retour, un accord de prise en charge à votre dentiste. Ce dernier adressera alors directement la facture correspondante à MUTIEG A ASSO.

BON À SAVOIR :

Pour chaque devis dentaire adressé à MUTIEG A ASSO, une simulation des remboursements est établie. Les devis d'un montant supérieur à 8 000 € ou à 7 fois le tarif de base de la Sécurité sociale sont examinés par le « Chirurgien Dentiste Consultant » ce qui pourra, le cas échéant, limiter votre reste à charge*.

● APPAREILLAGE - MATÉRIEL MÉDICAL, AIDE AUDITIVE

Pour bénéficier du tiers payant sur le remboursement CSM, vous devez présenter votre carte mutualiste à votre professionnel de santé qui adressera une demande de prise en charge à VIAMEDIS.

● HOSPITALISATION :

- Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné* : si le remboursement de la CAMIEG n'est pas intégral, adressez à MUTIEG A ASSO la copie de la facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier (dite « formulaire 615 » ou « S 3404 ») et/ou de la note d'honoraires du/des praticien(s).
- Forfait journalier, chambre particulière et frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans) : reportez-vous à la page 8 du présent guide.



DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

La particularité du Régime spécial d'Assurance Maladie et maternité des Industries Electriques et Gazières nous amène à vous apporter les précisions suivantes pour bénéficier du tiers payant* (absence d'avance de frais) en cas d'hospitalisation.

Cas général :

La personne hospitalisée est gérée :

- par la CAMIEG pour les prestations obligatoires de base et complémentaires (ticket modérateur) du Régime spécial des IEG,
- par MUTIEG A ASSO pour la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1) **Sa carte Vitale** mentionnant ses droits : la CAMIEG rembourse à l'établissement hospitalier les prestations obligatoires de base et le ticket modérateur.
- 2) **Sa carte mutualiste** reçue de MUTIEG A ASSO mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.

Cas particulier :

La personne hospitalisée est gérée :

- par un organisme de Sécurité sociale, autre que la CAMIEG, pour les prestations obligatoires de base,
- par la CAMIEG pour les prestations complémentaires (ticket modérateur),
- par MUTIEG A ASSO pour la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

Ex. : situation des étudiants, assurés MSA, certains conjoints...

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1) **Sa carte Vitale** mentionnant ses droits : l'organisme de Sécurité sociale rembourse à l'établissement hospitalier les prestations obligatoires de base.
- 2) **Son attestation papier d'ouverture des droits aux prestations complémentaires**, fournie par la CAMIEG : la CAMIEG rembourse à l'établissement hospitalier le ticket modérateur.
- 3) **Sa carte mutualiste** reçue de MUTIEG A ASSO mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.

COMMENT ME FAIRE REMBOURSER ?

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION :

- Si l'hospitalisation est programmée, l'assuré doit faire une demande de prise en charge auprès de MUTIEG A ASSO qui l'adresse à l'établissement hospitalier.

Cette demande est à adresser :

- Par courriel via votre espace personnel **adh.energiemutuelle.fr**, rubrique « Nous contacter », puis « Transmettre un document »
 - Par l'application mobile, rubrique « Nous contacter »
 - Par téléphone au 0 969 32 46 46
 - Par courrier à : MUTIEG A ASSO - 66 avenue du Maine - 75014 PARIS
- Si c'est une hospitalisation d'urgence, l'assuré doit présenter, au service des admissions, sa carte mutualiste et l'établissement fera ensuite une demande de prise en charge à VIAMEDIS.

● AUTRES PRESTATIONS :

- Vaccins non remboursés par la CAMIEG : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée.
- Pilule contraceptive de 3^e ou 4^e génération : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée. La liste des pilules contraceptives prises en charge par la CSM est disponible sur le site Internet de MUTIEG A ASSO.
- Pack Prévention annuel* : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée à laquelle il convient de joindre la prescription médicale pour les bracelets GSM*, le test Hémocult*, l'achat d'un tensiomètre et les substituts nicotiniques.

BON À SAVOIR :

Pour les soins consécutifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, vous êtes remboursés par le Régime général de Sécurité sociale CPAM (et non pas par la CAMIEG) à hauteur de 100 % minimum de la base de remboursement*. En cas de dépassement d'honoraires et de reste à charge, la CSM intervient sur la base des prestations prévues dans la grille : adressez à MUTIEG A ASSO votre décompte de Sécurité sociale CPAM.

IMPORTANT

Pour les prestations pour lesquelles vous devez envoyer à MUTIEG A ASSO des documents (factures, décomptes, devis...), vérifiez que votre envoi est complet et mentionne bien votre numéro d'adhérent qui figure sur votre carte mutualiste.

Ces documents peuvent être adressés à MUTIEG A ASSO :

- Par internet via votre espace personnel **adh.energiemutuelle.fr**, rubrique « Nous contacter » puis « Transmettre un document »
- Par courrier à :
MUTIEG A ASSO
Tour Héron 2^e étage
66 avenue du Maine
75014 PARIS

DOCUMENTS À FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

La particularité du Régime spécial d'Assurance Maladie et maternité des Industries Electriques et Gazières nous amène à vous apporter les précisions suivantes pour bénéficier du tiers payant* (absence d'avance de frais) en cas d'hospitalisation.

Cas général :

La personne hospitalisée est gérée :

- par la CAMIEG pour les prestations obligatoires de base et complémentaires (ticket modérateur) du Régime spécial des IEG,
- par MUTIEG A ASSO pour la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1) **Sa carte Vitale** mentionnant ses droits : la CAMIEG rembourse à l'établissement hospitalier les prestations obligatoires de base et le ticket modérateur.
- 2) **Sa carte mutualiste** reçue de MUTIEG A ASSO mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.

Cas particulier :

La personne hospitalisée est gérée :

- par un organisme de Sécurité sociale, autre que la CAMIEG, pour les prestations obligatoires de base,
 - par la CAMIEG pour les prestations complémentaires (ticket modérateur),
 - par MUTIEG A ASSO pour la Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).
- Ex. : situation des étudiants, assurés MSA, certains conjoints...

Dans cette situation, la personne hospitalisée doit présenter au bureau des admissions de l'établissement hospitalier :

- 1) **Sa carte Vitale** mentionnant ses droits : l'organisme de Sécurité sociale rembourse à l'établissement hospitalier les prestations obligatoires de base.
- 2) **Son attestation papier d'ouverture des droits aux prestations complémentaires**, fournie par la CAMIEG : la CAMIEG rembourse à l'établissement hospitalier le ticket modérateur.
- 3) **Sa carte mutualiste** reçue de MUTIEG A ASSO mentionnant ses droits : celle-ci indique le remboursement du forfait journalier et de la chambre particulière qui sont remboursables à l'établissement hospitalier.



QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Quelques exemples des prestations CSM donnés à titre indicatif (selon les tarifs en vigueur lors de l'impression du présent guide) :

1 > Consultation d'un généraliste avec dépassement d'honoraires dans le parcours de soins

	Médecin signataire de l'OPTAM	Médecin non signataire de l'OPTAM
Exemple de dépense réelle	50,00 €	50,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	25,00 €	25,00 €
TOTAL CAMIEG	29,00 €	29,00 €
CSM (60 % de la BR si médecin signataire, 40 % de la BR si médecin non signataire)	15,00 €	10,00 €
TOTAL REMBOURSÉ	44,00 €	39,00 €
RESTE À CHARGE	6,00 €	11,00 €

2 > Consultation d'un spécialiste avec dépassement d'honoraires dans le parcours de soins

	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO
Exemple de dépense réelle	60,00 €	60,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale • Consultation spécialiste	23,00 €	23,00 €
TOTAL CAMIEG	26,60 €	26,60 €
CSM (100 % de la BR si médecin signataire, 80 % de la BR si médecin non signataire)	23,00 €	18,40 €
TOTAL REMBOURSÉ	49,60 €	45,00 €
RESTE À CHARGE	10,40 €	15,00 €

3 > Consultation d'un chirurgien avec dépassement d'honoraires dans le parcours de soins

	Médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	Médecin non signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO
Exemple de dépense réelle	100,00 €	100,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale • Consultation spécialiste	23,00 €	23,00 €
TOTAL CAMIEG	69,00 €	69,00 €
CSM (100 % de la BR si médecin signataire, 0 % de la BR si médecin non signataire)	23,00 €	0,00 €
TOTAL REMBOURSÉ	92,00 €	69,00 €
RESTE À CHARGE	8,00 €	31,00 €



4 > Prothèse dentaire PFC (Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique ou en équivalents minéraux)

Exemple de dépense réelle	800,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	107,50 €
TOTAL CAMIEG	532,13 €
CSM (150 % de la base)	161,25 €
TOTAL REMBOURSÉ	693,38 €
RESTE À CHARGE	106,62 €

5 > Consultation d'un ostéopathe

Exemple de dépense réelle	65,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	Néant
TOTAL CAMIEG	Néant
CSM (34 € par séance, dans la limite de 12 séances par an)	34,00 €
TOTAL REMBOURSÉ	34,00 €
RESTE À CHARGE	31,00 €

6 > Optique adulte : un équipement tous les 2 ans (dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable)

	Verres simple unifocaux + monture (*) Hors Réseau Kalixia	Verres complexes multifocaux (**) + monture Dans le Réseau Kalixia
Exemple de dépense réelle	330,00 €	640,00 €
monture	120,00 €	120,00 €
verres (la paire)	210,00 €	520,00 €
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (60 % de la base)	0,09 €	0,09 €
monture (60 % de la BR à 0,05 €)	0,03 €	0,03 €
2 verres (60 % de la BR à 0,05 € pour 1 verre)	0,06 €	0,06 €
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG	134,91 €	282,91 €
monture 35 € dont remboursement régime de base 0,03 €	34,97 €	34,97 €
2 verres (forfait par type de verre dans la grille CAMIEG)	99,94 €	247,94 €
TOTAL CAMIEG	135,00 €	283,00 €
monture (65 €)	65,00 €	65,00 €
2 verres (forfait par type de verre dans la grille CSM)	110,00 €	292,00 €
TOTAL CSM	175,00 €	357,00 €
TOTAL REMBOURSEMENT	310,00 €	640,00 €
RESTE À CHARGE	20,00 €	20,00 €

* verres simples unifocaux (exemple pour deux verres avec les corrections suivantes : sphère 2,25 et cylindre 0,50)

** verres complexes multifocaux (exemple pour deux verres avec les corrections suivantes : sphère 2,25 et cylindre 0,25)

7 > Optique adulte : lentilles refusées par la Sécurité sociale

Exemple de dépense réelle	350,00 €
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	Néant
TOTAL CAMIEG	92,30 €
CSM (forfait annuel : 7,35 % du PMSS)	251,96 €
TOTAL REMBOURSEMENT	344,26 €
RESTE À CHARGE	5,74 €

MES SERVICES EN PLUS

TIERS PAYANT VIAMEDIS

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

Viamedis est un opérateur national de tiers payant certifié ISO 9001, la gestion du tiers payant :

- Hospitalisation, Optique, Audioprothèse pour les adhérents relevant de la CAMIEG*

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

VOS AVANTAGES

- **Accords de prises en charge Hospitalisation, Optique et Audioprothèse instantanés**

Hospitalisation : Le service des admissions obtient directement la réponse à sa demande de prise en charge saisie en ligne sur le portail Viamedis

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

- **Accès au réseau de tiers payant le plus étendu de France**



236 000 professionnels de santé
du réseau Viamedis acceptent votre carte
de tiers payant, en France métropolitaine
et dans les départements et régions d'outre
mer (DROM)



**Géolocalisation accessible depuis
votre espace adhérent**

CELA SIGNIFIE POUR VOUS :

- Moins d'avance de frais,
- moins de justificatifs à fournir pour être remboursé de la part complémentaire ou surcomplémentaire selon votre situation.

Plus d'information sur www.energiemutuelle.fr/mutiegA



Accédez aux réseaux de soins Kalixia pour des soins et des prestations de qualité et moins de reste à charge !

Plus de 6 600
centres optiques



DES PRIX NÉGOCIÉS

- De -25 % à -40 % sur les verres
- -20 % sur les montures (hors griffées)
- -30 % sur les lentilles
- Libre choix de vos lunettes parmi les plus grandes marques

Plus de 3 900
centres audio



DES PRIX ACCESSIBLES

- Jusqu'à -500 € pour un double appareillage
- Une offre « Prim'Audio » avec un prix maximum de 700 € TTC par oreille
- -20 % sur les accessoires de connectivité.

Plus de 470
ostéopathes



DES PRIX MAÎTRISÉS

- Respect des plafonds d'honoraires du département d'exercice (de 50 à 70 €)

Une qualité de services garantie par le réseau

- Charte Qualité
- Remplacement sans franchise en cas de casse ou d'inadaptation
- Essayage virtuel de montures

- Charte Qualité
- 90 % des appareils sont de gammes supérieures
- Ouvert aux ascendants directs sur remise d'une attestation personnelle

- Charte Qualité
- Des praticiens sélectionnés avec soin
- Saisie de la note d'honoraires type avec envoi possible par mail à l'adhérent.

- Kalixia : 1^{er} réseau de France avec 11 millions de bénéficiaires
- Géolocalisation accessible depuis votre espace adhérent
- Liberté de choix du professionnel de santé
- Tiers payant systématique, en optique et en audio via notre partenaire Viamedis

MES SERVICES EN PLUS

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Vous avez besoin de consulter un médecin sans avoir à vous déplacer ? Bénéficiez de notre service de Téléconsultation Médicale 24h/24 et 7j/7

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



0 969 32 46 46

numéro de téléphone dédié,
sans surcoût
(appel non surtaxé)



**APPEL TRAITÉ
DIRECTEMENT**

par une équipe médicale
basée en France



**SERVICE
SÉCURISÉ**



**DISPONIBLE
24H/24, 7J/7**

en France et partout
dans le monde



**EN LIEN DIRECT
AVEC VOTRE
MÉDECIN
TRAITANT**

si vous êtes d'accord



**SI LE MÉDECIN
LE JUGE NÉCESSAIRE**

et avec votre accord, une ordonnance peut
être transmise au pharmacien
de votre choix partout en Europe

QUAND FAIRE APPEL À CE SERVICE ?

- Impossibilité de joindre votre médecin traitant
- N'importe où en France et à l'étranger
- Depuis votre domicile, votre lieu de travail ou en vacances



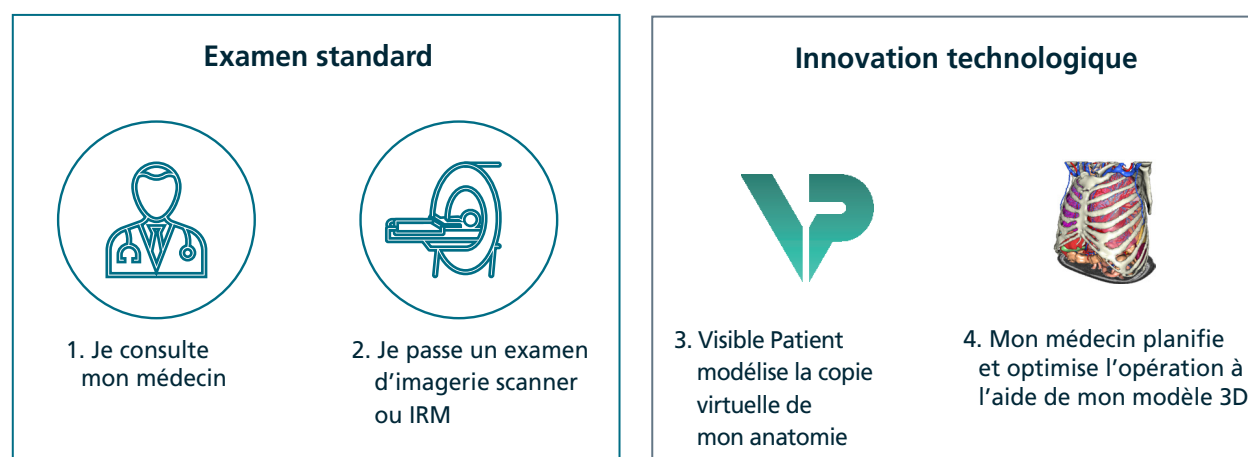
Important : La Téléconsultation Médicale ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux urgences, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Aucun arrêt de travail, certificat médical ou renouvellement d'ordonnance ne peut être délivré.

Plus d'information sur votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr

VISIBLE PATIENT SOLUTION

Modélisation 3D de votre anatomie pour optimiser le diagnostic médical.

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.



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

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

 Pour tout type de chirurgie : digestive, thoracique, urologique et pédiatrique	✓ Simplifie la planification ✓ Améliore les gestes opératoires ✓ Diminue les risques d'erreurs chirurgicales ✓ Facilite la compréhension de votre pathologie	 3 000 patients en ont déjà bénéficié
---	--	---

Plus d'information sur visiblepatient.com et sur votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr

MES SERVICES EN PLUS

DEUXIÈME AVIS MÉDICAL

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

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

Difficultés à s'assurer de la fiabilité de l'information pour pouvoir faire les bons choix

Difficultés à identifier un médecin expert de sa pathologie

Difficultés à obtenir un rendez-vous avec un médecin expert dans des délais acceptables

Pour être bien assuré et faire le bon choix pour soi-même et ses proches

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

Plus d'information sur votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr

SERVICES & CONTACTS

● SUR LE SITE INTERNET WWW.ENERGIEMUTUELLE.FR/MUTIEGA

Espace CSM Salariés : informations générales téléchargeables sur la CSM (grille de remboursements, cotisations, notice d'information, statuts des mutuelles, dossier de demande d'aide sociale...).

Votre Espace personnel : consultation et modification en ligne de vos informations et coordonnées, consultation en ligne de vos remboursements, demande de carte mutualiste supplémentaire, téléchargement des documents tels que le Bulletin individuel d'affiliation, les formulaires de modification de coordonnées, de modification de situation familiale, le formulaire d'adhésion pour les salariés statutaires en congé sans solde, le présent guide pratique...

● SUR L'APPLICATION MOBILE

Dans votre espace : demander un accord de prise en charge hospitalière, visualiser les messages et cotisations, consulter et modifier en ligne vos informations et coordonnées, consulter vos remboursements, demander une carte mutualiste supplémentaire, rechercher un professionnel de santé à proximité.

● MES SERVICES EN PLUS

Votre affiliation mutualiste vous donne accès à Priorité Santé Mutualiste.

Ce centre téléphonique est à votre disposition pour répondre à vos questions de santé et vous aider sur les 5 thèmes suivants : addiction, maintien de l'autonomie, optique, maladies cardio-vasculaires, cancer.

Téléphone 3935 code ENERGIE MUTUELLE : 6100

Voir sur le site : www.energiemutuelle.fr/mutiegA - Espace Prévention

La prévention fait partie intégrante de la politique santé défendue par la Mutualité Française. Visitez l'Espace Prévention de notre site. Il vous aidera à préserver votre santé.

● MES CONTACTS

MUTIEG A ASSO	Adresse	Courriel	Téléphone	Site Internet
Adhésion	MUTIEG A ASSO Service Adhésion Tour Héron 2 ^e étage 66 avenue du Maine 75014 PARIS	Espace personnel: adh.energiemutuelle.fr Rubrique « Nous contacter » puis « Transmettre un document »	0 969 32 46 46	energiemutuelle.fr/mutiegA Espace CSM Salariés
Cotisations	MUTIEG A ASSO Service Cotisations Tour Héron 2 ^e étage 66 avenue du Maine 75014 PARIS			
Devis et Prises En Charge	MUTIEG A ASSO Service Devis et Prises En Charge Tour Héron 2 ^e étage 66 avenue du Maine 75014 PARIS			
Prestations	MUTIEG A ASSO Service Prestations Tour Héron 2 ^e étage 66 avenue du Maine 75014 PARIS			
Fonds Social	MUTIEG A ASSO Pôle Solidarité 4 rue Fulton 49000 ANGERS			

Ayant droit (au sens CAMIEG et ENERGIE MUTUELLE) :

Sous conditions de ressources et/ou de situation, les enfants jusqu'à 26 ans et les conjoints, concubins ou partenaires de pacs.

Pour plus de détails, reportez-vous à la notice d'information.

Base de Remboursement :

C'est le tarif de convention que l'Assurance Maladie établit pour chaque acte ou produit médical. L'Assurance Maladie prend en charge un pourcentage de cette base de remboursement.

Bracelet GSM :

Bracelet porté par des personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et qui permet de les localiser quand elles se sont éloignées sans contrôle.

Bulletin individuel d'affiliation :

Document indiquant les coordonnées des personnes physiques inscrites afin qu'elles bénéficient des prestations de la CSM.

CAMIEG - camieg.fr :

Caisse de d'Assurance Maladie des IEG chargée de la gestion des remboursements de frais de santé du Régime spécial des IEG.

Carte Vitale :

Carte électronique d'affiliation à l'Assurance Maladie. Elle permet des échanges sans papier de plus en plus répandus entre professionnels de santé et organismes de Sécurité sociale. *Voir aussi Télétransmission.*

CCAM :

Classification Commune des Actes Médicaux. Il s'agit de la nomenclature française destinée à coder les gestes pratiqués par les médecins, gestes techniques dans un premier temps puis, par la suite, les actes intellectuels cliniques. Depuis 2014, elle concerne également les actes dentaires.

Contrat solidaire et responsable :

Type de contrat de complémentaire santé créé par les Pouvoirs publics en 2004. Il comprend des obligations de prise en charge (en prévention par exemple) et des interdictions de remboursement (forfait de 1 € par consultation notamment). Il entraîne des avantages tels que la minoration de la taxe spéciale sur les contrats d'assurance.

Devis :

Document sur lequel un professionnel de santé détermine les actes ou fournitures et leur montant, qu'il propose à son patient avant d'effectuer les travaux correspondants. Les professionnels de santé sont tenus de vous fournir un devis en optique et en dentaire notamment.

Etablissement non conventionné :

Etablissement qui n'a pas signé d'accord avec l'Assurance Maladie. Le tarif appliqué (tarif d'autorité) par celle-ci comme base de remboursement est alors fortement réduit.

Etiopathe :

L'étiopathe utilise une méthode d'analyse des pathologies et de traitements manuels. Il considère le fonctionnement des organes et des appareils du corps humain dans leurs différentes interactions. Cette approche scientifique et rigoureuse lui permet de conduire un traitement par manipulation.

Nomenclature :

Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux dont la Sécurité sociale assure le remboursement sur la base d'un tarif ou d'une cotation prédéterminée.

OPTAM/OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) :

Ces dispositifs remplacent le Contrat d'Accès aux soins (CAS). Ils conditionnent le niveau de prise en charge des consultations chez un praticien du secteur 2 lorsqu'il pratique des dépassements d'honoraires. Le reste à charge sera donc limité si le praticien est adhérent à ces dispositifs.



Pack Prévention :

Le pack Prévention permet le remboursement de divers actes liés à la prévention, pas ou peu pris en charge par l'Assurance Maladie. Ces actes sont pris en charge selon la dépense réelle dans le cadre d'un forfait global par ayant droit et par année civile.

Parcours de soins coordonnés :

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé, la loi du 13 août 2004 a instauré l'obligation pour chaque assuré social de suivre un parcours de soins coordonnés. L'objectif est de supprimer, à l'initiative du patient, la consultation de différents médecins et ainsi parvenir à diminuer le nomadisme médical, facteur d'augmentation des dépenses de santé. Le dispositif repose sur deux éléments : le médecin traitant et le dossier médical personnel. Ce deuxième aspect n'est actuellement pas réellement entré en application.

PMSS :

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale servant de base pour de nombreuses cotisations et prestations sociales, et notamment certaines des prestations de la CSM. Sa valeur 2018 est de 3 311 €. La valeur pour l'année est généralement connue en décembre de l'année précédente.

Prise en charge :

Accord de paiement entre un organisme de Sécurité sociale, ou une complémentaire santé, et un professionnel de santé.

Reste à charge :

Différence entre les dépenses sur un acte et les remboursements reçus pour cet acte par la Sécurité sociale et la complémentaire santé.

Tarif d'autorité :

Lorsqu'un professionnel de santé n'a pas adhéré à la convention avec l'Assurance Maladie, le Tarif d'autorité remplace le Tarif de convention comme base pour le calcul des prestations. Le Tarif d'autorité est beaucoup plus faible que le Tarif de convention.

Tarif de convention :

Valeur pour un acte médical résultant de la négociation entre professionnels de santé et caisses d'Assurance Maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité :

Terme utilisé par l'Assurance Maladie pour le remboursement des médicaments. Il est fonction de l'existence éventuelle de médicaments génériques équivalents à celui acheté.

Télétransmission :

Dans le domaine de la Santé, signifie que les données ne transitent plus sur un support papier mais par voie électronique.

Voir aussi Carte Vitale.

Test Hémocult :

Le test Hémocult est un test de recherche du sang dans les selles utilisé pour la prévention du cancer colorectal.

Ticket modérateur :

Différence entre le Tarif de convention et le remboursement de l'Assurance Maladie. Ne pas confondre avec le reste à charge.

Tiers payant :

Système consistant à permettre d'éviter l'avance de frais par le bénéficiaire, dans la limite de l'accord conclu entre l'organisme et le professionnel de santé. C'est l'organisme de Sécurité sociale et/ou la complémentaire santé qui règle directement le professionnel de santé.

ameli.fr :

Site Internet de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) sur lequel se trouvent la plupart des renseignements permettant de comprendre le système de remboursement et de connaître les démarches à accomplir.



**La Couverture Supplémentaire Maladie est assurée par trois mutuelles
soumises aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité :**



SIREN 538 518 473 - 143 rue Blomet 75015 PARIS



SIREN 419 049 499 - 66 avenue du Maine 75014 PARIS



SIREN 784 669 954 - 2 rue Laborde 75008 PARIS

La gestion est effectuée par MUTIEG A ASSO,
association loi de 1901 (Journal Officiel du 19/06/2010)
66 avenue du Maine 75014 PARIS
Tél. : 0 969 32 46 46
Site Internet : energiemutuelle.fr/mutiegA - Espace CSM Salariés

