

VIALIS

PRESTATIONS 2022

Les remboursements de la garantie surcomplémentaire VIALIS sont toujours en complément des remboursements de la Camieg (Régime de base et régime complémentaire) et de la CSM.

Les prestations remboursées au titre de la garantie VIALIS 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 aux engagements de lisibilité des garanties signées par l'UNOCAM le 14 février 2019.

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS qui s'ajoutent à ceux prévus par la régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Camieg - Régime de base⁽¹⁾

Camieg - Part complémentaire⁽¹⁾

CSM

VIALIS



HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie)

Les remboursements de la VIALIS en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un enfant 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 le bénéficiaire est hospitalisé ;
- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

* Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer	-	-
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) 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 %	100 % des Frais Réels
Honoraires des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %	-	-
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	-	-	100 % des Frais Réels	-
Chambre particulière				
Hospitalisation complète yc maternité, par nuité	-	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)	2,9 % du PMSS (99,41 €) / jour
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)	3,88 % du PMSS (133,01 €) / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	-	1 % du PMSS (34,28 €)	3 % du PMSS (102,84 €)

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS qui s'ajoutent à ceux prévus par la régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Camieg - Régime de base⁽¹⁾

Camieg - Part complémentaire⁽¹⁾

CSM

VIALIS

SOINS COURANTS

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.

Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %	390 %
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	40 %	40 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	350 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les 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 %	350 %
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 %	-
Consultation d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature) - Par année civile	-	-	34 € / séance dans la limite de 12 séances	26 € / séance dans la limite de 6 séances
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %	400 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %	400 %
Analyses hors nomenclature - Par année civile	-	-	0,7 % du PMSS (24 €)	-
Pansements	60 %	60 %	40 %	100 % des Frais Réels

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS qui s'ajoutent à ceux prévus par la régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Camieg – Régime de base⁽¹⁾

Camieg – Part complémentaire⁽¹⁾

CSM

VIALIS

OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite 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 CS% (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⁾

* 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 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).

Monture adulte acceptée par la Sécurité sociale

Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge*	-	-
Paniers Tarifs libres (Classe B)	60 %	35 € par monture (yc 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

Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge*	-	-
Paniers Tarifs libres (Classe B)	60 %	77 € par monture (yc le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 76,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)	-

Verres adulte acceptés par la Sécurité sociale

Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge*	-	-
Paniers Tarifs libres (Classe B) – Hors réseau Kalixia	60 %	Forfait par verre (yc le remboursement du régime de base)** Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 185,00 €	Grille optique CSM	Prise en charge des Frais Réels dans la limite des contrats responsables
Paniers Tarifs libres (Classe B) – Dans le réseau Kalixia	60 %		Prise en charge de 100 % des Frais Réels des verres dans le référentiel du réseau Kalixia	-

Verres enfants acceptés par la Sécurité sociale

Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge*	-	-
Paniers Tarifs libres (Classe B) – Hors réseau Kalixia	60 %	Forfait par verre (yc le remboursement du régime de base)** Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM	Prise en charge des Frais Réels dans la limite des contrats responsables
Paniers Tarifs libres (Classe B) – Dans le réseau Kalixia	60 %		Prise en charge de 100 % des Frais Réels des verres dans le référentiel du réseau Kalixia	-

Prestations d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en classe B**

	60 %	60 %	-	-
--	------	------	---	---

Lentilles acceptées par la Sécurité sociale – Par année civile

	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (51,42 €)	8,5 % du PMSS (291,38 €)
--	------	----------------	-------------------------	--------------------------

Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables – Par année civile

	60 %	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (251,96 €)	2,65 % du PMSS (90,84 €)
--	------	--	---------------------------	--------------------------

Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale – Par année civile et par oeil

	-	32 % du PMSS (1 096,96 €)	32 % du PMSS (1 096,96 €)	3 % du PMSS (102,84 €)
--	---	---------------------------	---------------------------	------------------------

Grille optique CSM pour Adulte (+18 ans) :

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 plus	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique CSM pour enfants (-18 ans) :

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 €	192,00 €	294,00 €
12,25 et plus	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	294,00 €

Légende :

Verre simple

Verre complexe

Verre très complexe

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

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS 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) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Camieg - Régime de base⁽¹⁾

Camieg - Part complémentaire⁽¹⁾

CSM

VIALIS



Dentaire

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et les bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) et pour certains actes, en complément par la garantie souscrite 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.

** Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie

Soins

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Soins dentaires	70 %	50 %	100 %	250 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	70 %	50 %	100 %	250 %
Radiologie dentaire	70 %	50 %	100 %	250 %

Prothèses dentaires

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis réglementairement)	70 %	425 %	Sans reste à charge*	-
Panier reste à charge maîtrisé	70 %	425 %	150 %	200 %
Prothèses - Panier tarifs libres	70 %	425 %	150 %	200 %
Couronne sur implant (maximum 5 par année civile) - Paniers tarifs libres	70 %	425 %	10,5 % du PMSS (359,94 €) par couronne sur implant	1,19 % du PMSS (40,79 €)

Couronnes ou stellites provisoires non pris en charge par la Sécurité sociale

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
1 à 2 dents	-	-	2 % du PMSS (68,56 €)	1,55 % du PMSS (53,13 €)
3 dents	-	-	4 % du PMSS (137,12 €)	2,98 % du PMSS (102,15 €)
Par dent supplémentaire	-	-	1 % du PMSS (34,28 €)	1,33 % du PMSS (45,59 €)

Orthodontie

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Remboursée par la Sécurité sociale	100 %	260 %	200 %	150 %
Non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300 %	-

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-	150 %	-
Implants, par implants - Maximum 5 par année civile	-	-	20 % du PMSS (685,60 €)	-
Parodontologie - Forfait annuel**	-	-	8,4 % du PMSS	-
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-	30 % des Frais Réels	-



MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % 150 % / 190 %	100 %	200 %
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS (3 085,20 €)	350 %

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS qui s'ajoutent à ceux prévus par la régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la Camieg (prestations du régime de base et complémentaire) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

Camieg - Régime de base⁽¹⁾

Camieg - Part complémentaire⁽¹⁾

CSM

VIALIS



AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

La prise en charge de la garantie souscrite, 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^{er} janvier 2021 pour la garantie souscrite et depuis le 1^{er} janvier 2020 pour la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019).

* 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.

Remboursement à partir du 1^{er} janvier 2021

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
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**	-	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-
Panier tarifs libres (Classe II) : aide auditive bilatérale (par paire) acceptée par la Sécurité sociale**	-	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	-	-
Forfait annuel (par année civile) pour accessoire (piles, écouteurs, embouts, etc.) et l'entretien des aides auditives pris en charge par la Sécurité sociale**	60 %	60 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)	-

Ce tableau présente la nouvelle grille de remboursements VIALIS 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) et de la CSM pour les soins réalisés à partir du 01/01/2021.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

	Camieg - Régime de base ⁽¹⁾	Camieg - Part complémentaire ⁽¹⁾	CSM	VIALIS
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermique acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	65 %	55 %	8 % du PMSS (274,24 €)	2 % du PMSS (68,56 €) / jour
Vaccins non remboursés (par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	-
Pillule contraceptive de 3^e ou de 4^e génération (forfait annuel)	-	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)	-
Ostéodensitométrie non remboursée	70 %	50 %	2,8 % du PMSS (68,56 €)	-
Actes de prévention - Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)	Sans reste à payer		Sans reste à payer	Sans reste à payer
Pack Prévention annuel comprenant :				
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;				
- podologue et bilan podologique ;				
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;	-	-	3,85 % du PMSS (131,98 €) par année civile	-
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;				
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;				
- test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ;				

+ DE SERVICES				
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia			OUI	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les disposition d'attribution ou fonds dédié			OUI	OUI
Assistance (Énergie Mutuelle Services)	-	-	OUI	OUI
Téléconsultation Médicale			OUI	OUI
Deuxième Avis Médical			OUI	OUI
Visible Patient Solution			OUI	OUI

Abréviations :

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **SS** : Sécurité Sociale. **CAMIEG** : Caisse du Régime Obligatoire d'Assurances Maladie des Industries Electriques et Gazières. **BR - SS** : Base de Remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (soit au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM. **YC** : y compris.

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement Mutualiste.

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

(1) Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle

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.