



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conditions Particulières

CSM EVIN 2018

Applicable au 1^{er} janvier 2018

**Couverture Supplémentaire Maladie
des anciens salariés statutaires
de la branche des Industries Electriques et Gazières**

Energie Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest

CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

SOMMAIRE

Préambule

Titre I – Date d’effet

Article 1. Date d’effet

Titre II – Bénéficiaires

Article 2. Membres Participants

Article 3. Ayants droit

Titre III – Adhésion – Changement de situation

Article 4. Adhésion

Article 5. Obligation de signalement de tout changement de situation

Titre IV – Cotisations

Article 6. Assiette de cotisation

Titre V – Formulaires

Le terme Mutuelle désigne la Mutuelle Energie Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - inscrite au répertoire SIREN 419 049 499 - siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux de la branche des Industries Electriques et Gazières (IEG) ont instauré par accord du 4 juin 2010 une Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire au profit des agents statutaires en activité des entreprises et des organismes de la branche des IEG.

Cet accord désigne les Mutuelles Partenaires : Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI.

L'article 13-3 de chaque contrat d'assurance collective frais de santé assuré par Energie Mutuelle (ex-Mutieg), HARMONIE MUTUELLE (ex-PREVADIES) et SMI précise concernant le maintien des garanties pour les personnes demandant à bénéficier de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989.

En application de ces dispositions, toute personne relevant de l'article 4 de la loi Evin et de l'article 13-3 de chaque contrat d'assurance collective frais de santé et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste assuré par la Mutuelle Energie Mutuelle.

Le règlement mutualiste est composé :

- **Des conditions générales communes à toutes les offres CSM EVIN ;**
- **Des conditions particulières propres à la garantie CSM EVIN.**

Les conditions générales et les conditions particulières forment un ensemble indissociable.

Le règlement mutualiste définit ensemble avec les Statuts, le Règlement Intérieur et le bulletin d'adhésion, les droits et devoirs réciproques de la Mutuelle et des bénéficiaires de la garantie.

L'ensemble, constitué par les garanties accordées dans le cadre du Règlement Mutualiste d'Energie Mutuelle respecte globalement les interdictions et les obligations minimales et maximales de prise en charge définies par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (dispositif du contrat responsable).

TITRE I – DATE D'EFFET

ARTICLE 1. Date d'effet

Le présent contrat prend effet à la date fixée sur le bulletin d'affiliation fourni en annexe.

TITRE II - BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 2. Membres Participants

Cette garantie est ouverte à toute personne physique remplissant les conditions de l'article 3 des conditions Générales CSM EVIN.

ARTICLE 3. Ayants droit

Conformément à l'article 4 des conditions générales du présent règlement, sont ayants droit les personnes garanties du Membre Participant.

TITRE III – ADHÉSION – CHANGEMENT DE SITUATION

ARTICLE 4. Adhésion

Les modalités d'adhésion relevant du régime Loi EVIN, débute par la proposition de maintien des garanties adressée par Energie Mutuelle aux Membres Participants, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité ou dans les deux mois suivant le décès du salarié à condition que l'entreprise ait informé l'organisme assureur dans les meilleurs délais.

Le Membre Participant doit remplir un bulletin d'adhésion dont les informations recueillies servent de base à l'établissement des Conditions Particulières.

Le bulletin d'adhésion détermine certaines Conditions Particulières notamment :

- La date d'effet du contrat ;
- La liste des adhérents, leur date de naissance et leur adresse ;
- La nature et le montant des garanties, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- Le montant de la cotisation correspondant à l'ensemble des garanties choisies.

Les modalités d'affiliation sont déterminées dans les Conditions Générales.

En cas d'affiliation d'un ayant droit, la date d'effet est garantie à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de réception par Energie Mutuelle de la demande d'affiliation.

Cette adhésion n'est soumise à aucun délai de carence, aucune formalité médicale et peut se faire à tout moment.

ARTICLE 5. Obligation de signalement de tout changement de situation

Pour tout changement de situation, les modalités suivantes seront applicables :

- ⇒ Signalement obligatoire dans les deux mois suivant l'évènement, par tout moyen accompagné des pièces justificatives.

Pour les cas suivants :

- Nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- Droit à la CMU-C ;
- Mariage PACS ou concubinage, divorce ou séparation ;
- Naissance ou adoption ;
- Travail, pour les enfants âgés de plus de 16 ans ;
- Attribution d'un numéro NIR personnel à un ayant droit ;
- Décès ;
- Changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

TITRE IV - COTISATIONS

ARTICLE 6. Cotisation

La cotisation dépend :

- De la date d'affiliation ;
- Des éventuels ayants droit ;
- Des modifications en cours d'année.

Les Conditions Particulières déterminent les tarifs applicables aux Membres Participants et aux éventuels ayants droits.

Le taux de cotisation est :

- Pour le Membre participant, en % du salaire annuel de référence applicable aux actifs limité au Plafond de la Sécurité Sociale :
 - La 1^{re} année de 0,766% ;
 - La 2^e année de 0,958% ;
 - La 3^e année de 1,149%.
- Pour l'ensemble des ayants droit affiliés au Membre participant au taux fixe de : 0,84% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.
- Lorsque l'ayant droit d'ouvrant Droit décédé est seul, il cotisera en Isolé* :
 - La 1^{re} année de 0,766% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié ;

- La 2^e année de 0,958% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié ;
 - La 3^e année de 1,149% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié.
- Lorsque l'ayant droit d'ouvrant droit décédé n'est pas seul, il cotisera en Famille* :
- La 1^{re} année de 1,354% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié ;
 - La 2^e année de 1,693% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié ;
 - La 3^e année de 2,031% de la rémunération perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié.

*Dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale

TITRE V – FORMULAIRES

- Bulletin d'Adhésion
- Bulletin d'Adhésion - Ayants droit d'ouvrant droit décédé
- Formulaire de modification de coordonnées
- Formulaire de modification de situation familiale

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION FACULTATIVE « CSM LOI EVIN »

Bulletin à retourner :
- par courriel, via www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel » ;
- ou par courrier à :
Mutieg A Asso,
service Adhésion,
47 rue Godot de Mauroy,
75009 PARIS.



Entreprise d'origine : _____

N° d'adhérent CSM : 3.0 _____

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont vous-même et vos ayants droit Camieg (voir définition au verso).

N° de Sécurité sociale	Clé	Nom en lettres capitales	Prénom en lettres capitales	Date de naissance
_____	Membre Participant	_____	_____	____/____/____
_____	Conjoint	_____	_____	____/____/____
_____	1 ^{er} enfant	_____	_____	____/____/____
_____	2 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	3 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	4 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	5 ^e enfant	_____	_____	____/____/____

MES COORDONNÉES

Appt/Etage : _____ Résidence/Bâtiment : _____

N° et Voie : _____

Lieu-dit : _____

Code Postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Tél. Fixe : _____ Mobile : _____ Mail : _____ @

Blotcl : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : blotcl.gouv.fr

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires :

Par courriel Par courrier à mon domicile Par consultation directement sur mon Espace Adhèrent (Par défaut envoi par courriel)

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations :

Par courriel Par courrier à mon domicile Par consultation directement sur mon Espace Adhèrent (Par défaut envoi par courriel)

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de la mutuelle.

J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de la mutuelle.

DOCUMENTS À FOURNIR

Je joins, à mon bulletin d'adhésion :

- Les photocopies de l'attestation de droits Camieg de chacun des membres de la famille (attestation téléchargeable sur le site www.ameli.fr, rubrique "Mon compte ameli" / "Mes démarches").
- La RIB du compte sur lequel je souhaite recevoir mes remboursements et sur lequel seront prélevées mes cotisations.
- Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant la rupture du contrat de travail (à demander au gestionnaire du contrat de travail ou CSP RH).

Je déclare :

- Avoir répondu aux demandes d'informations avec exactitude et sincérité dans le présent document, et reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application de sanctions prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-5 du Code de la Mutualité ;
- Avoir reçu et pris connaissance des statuts et règlements de la Mutuelle et en accepter les dispositions.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, en cas d'adhésion à distance ou de démarchage, vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, et envoyée à l'adresse suivante : Mutieg A Asso, 47 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS.

Date : ____/____/201__

Signature :

Date d'effet : ____/____/201__

La date d'effet est le 1^{er} jour du mois en cours à réception du bulletin d'adhésion.

Mutuelles soumises aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 419 049 499 (ENERGIE MUTUELLE), SIREN 538 518 473 (HARMONIE MUTUELLE) et 784 669 954 (SMI) MUTIEG A ASSO 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - www.energiemutuelle.fr/mutiegA
Mutuelles soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Tournez SVP →

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION FACULTATIVE « Loi EVIN » AYANTS DROIT D'OUVRANT DROIT DÉCÉDÉ INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

Bulletin à retourner :
- par courriel, via www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel » ;
- ou par courrier à :
Mutieg A Asso,
service Adhésion,
47 rue Godot de Mauroy,
75009 PARIS.



Entreprise d'origine : _____

N° d'adhérent CSM : | 3 0 | _____

PERSONNES À COUVRIR

Suite au décès du Membre Participant ouvrant droit salarié de l'entreprise, les personnes à déclarer ci-dessous sont les ayants droit couverts précédemment par la garantie CSM.

N° de Sécurité sociale	Clé	Nom en lettres capitales	Prénom en lettres capitales	Date de naissance
_____	Membre Participant décédé	_____	_____	____/____/____
_____	Conjoint	_____	_____	____/____/____
_____	1 ^{er} enfant	_____	_____	____/____/____
_____	2 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	3 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	4 ^e enfant	_____	_____	____/____/____
_____	5 ^e enfant	_____	_____	____/____/____

COORDONNÉES DU RESPONSABLE DE LA FAMILLE

Nom en lettres capitales : _____ Prénom en lettres capitales : _____
 Appt/Etage : _____ Résidence/Bâtiment : _____
 N° et Voie : _____
 Lieu-dit : _____
 Code Postal : _____ Commune : _____ Pays : _____
 Tél. Fixe : _____ Mobile : _____ Mail : _____ @ _____

- Je souhaite recevoir par mail, en temps réel, mes relevés de prestations.
 Je souhaite au contraire que mes relevés de prestations me soient adressés par courrier à mon domicile mensuellement.
 Je choisis de ne pas recevoir mes relevés de prestations et de les consulter sur Internet, directement sur mon Espace Adhèrent.
 Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : bloctel.gouv.fr

DOCUMENTS À FOURNIR

Je soussigné, le responsable de la famille indiqué ci-dessus, joins au présent bulletin d'adhésion :
 - Une copie de l'acte de décès.
 - Les photocopies de l'attestation papier de droits Camieg de chacun des membres de la famille (attestation téléchargeable sur le site www.ameli.fr, rubrique « Mon compte ameli » / « Mes démarches »).
 - Le RIB du compte sur lequel je souhaite recevoir les remboursements et sur lequel seront prélevées les cotisations.
 - Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant le décès du salarié (à demander au gestionnaire du contrat de travail ou CSP RH).
 Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et avoir ainsi décrit la composition exacte de ma famille à inscrire pour la CSM et m'engage à déclarer toute modification de ma situation familiale et de mes coordonnées renseignées plus haut.
 Je certifie avoir pris connaissance du Règlement Mutualiste CSM « Loi Evin », du Règlement Intérieur et des Statuts de la mutuelle.
 Conformément à la loi, je dispose d'un délai de trente jours calendaires, dans le cadre d'une adhésion à distance, à compter de la date où l'adhésion a pris effet ou en cas de démarchage, à compter de la signature du bulletin d'adhésion, pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à l'adresse suivante : Mutieg A Asso, 47 rue Godot de Mauroy - 75009 PARIS.

Date : | ____ | | ____ | | 2 0 1 ____ | Signature : _____

Date d'effet : | ____ | | ____ | | 2 0 1 ____ |
 La date d'effet est le 1^{er} jour du mois en cours à réception de l'information du décès du salarié.
 Si vous souhaitez adhérer à la date du décès du salarié, indiquez-en la date dans la partie « Date d'effet » ci-dessus. Vous devez nous envoyer le bulletin individuel d'adhésion facultative « Loi Evin ayants droit d'ouvrant droit décédé », ainsi que les documents à fournir, dans un délai impératif de 6 mois suivant la date du décès du salarié.



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN 419 049 489 (ENERGIE MUTUELLE),
 N° SIREN 538 518 473 (HARMONIE MUTUELLE) et 784 669 954 (SMI)
 MUTIEG A ASSO 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - www.energiemutuelle.fr/mutiegA
 Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9

Tournez SVP →

RÉFÉRENCE ADHÉRENT 30 | _____

Je soussigné(e)

Nom : | _____

Prénom : | _____

vous informe du changement de mon :

ADRESSE POSTALE : Nouvelle adresse

Appt/Etage : | _____ Résidence / Bâtiment : | _____

N° et Voie : | _____

Lieu Dit : | _____

Code postal : | _____ Ville : | _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Nouveau numéro

TÉL. DOM. : | _____ TÉL. PORT. : | _____

TÉL. PROF. : | _____ FAX : | _____

Blotcel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique : blotcel.gouv.fr

COURRIEL : Nouvelle adresse

COURRIEL : | _____

Je recevrai à cette adresse mes relevés de prestations par courriel immédiatement.

Je choisis au contraire que mes relevés de prestations me soient adressés par courrier à mon domicile, mensuellement.

Je choisis de ne pas recevoir mes relevés de prestations et de les consulter sur Internet, directement sur mon Espace Adhérent.

Si vous souhaitez modifier vos coordonnées bancaires, veuillez nous adresser votre RIB accompagné du mandat de prélèvement SEPA complété.

Ce document est disponible au téléchargement sur notre site www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Documentation en ligne ».

Cette demande est à transmettre :

- via notre site www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel »
- ou
- par courrier à Mutieg A Asso Service Adhésion 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

DATE : | _____ SIGNATURE



Formulaire de modification de situation familiale

LOI EVIN

REFÉRENCE ADHÉRENT 30 | | | | |

Je soussigné(e)
Nom : | | | | |
Prénom : | | | | |

demande :

LA RADIATION DE MON AYANT DROIT*
Nom : | | | | |
Prénom : | | | | |
Date de naissance : | | | | | Numéro de Sécurité sociale : | | | | |
Date de radiation de mon ayant droit : | | | | | (JJ/MM/AAAA)
Joindre la photocopie de l'attestation de fin de droits Camieg ou tout autre justificatif.

Cette demande est à transmettre :
- via notre site www.energiemutuelle.fr/mutiegA, rubrique « Nous contacter » puis « Adresser un courriel »
- soit par courrier à Mutieg A Asso Service Adhésion 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute nouvelle modification de ma situation familiale.
J'ai pris connaissance du Règlement Mutualiste CSM Loi Evin.

*Définition des ayants droit

Les ayants droit du Membre Participant sont les personnes qui étaient garanties du chef du Membre Participant au moment où il a demandé à adhérer au présent Règlement Mutualiste et qui peuvent être les personnes suivantes :

- le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le Régime Spécial des IEG géré par la Camieg ;
- l'enfant du Membre Participant ou de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité dont la filiation y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la nation, dont l'ouvrier droit est tuteur, ou l'enfant recueilli qui est :
- âgé de 16 ans ou plus ;
- ou élève ou étudiant jusqu'à son 26e anniversaire ;
- ou âgé de plus de 16 ans jusqu'à son 26e anniversaire, en contrat d'apprentissage ou de formation en alternance, ou à la recherche d'un emploi et soit licencié pour motif économique, soit handicapé reconnu à plus de 80% ;
- ou âgé de plus de 16 ans qui en raison d'un handicap médicalement reconnu avant son 21e anniversaire et incapable de subvenir seul et de manière permanente à ses besoins ;
- ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'allocation Adulte Handicapé, dès lors qu'il est dans l'incapacité permanente de gagner sa vie.

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n°46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des Industries Électriques et Gazifiées.

DATE : | | | | | SIGNATURE
[Signature box]

www.energiemutuelle.fr/mutiegA
47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS - Tél. : 0969 324646
Association Loi 1901 - SIRET 524 618 436 00025 - APE 6512Z
Energie Mutuelle, Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

Copyright Mutieg A, Asso - 2015. Ce document est la propriété de Mutieg A Asso. Toute réimpression, reproduction, utilisation partielle, intégrale ou modification sans autorisation est formellement interdite.

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 01/01/2018.

Camieg*		CSM EVIN 2018
Régime de base	Part complémentaire	

SOINS COURANTS			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	60% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	40% de la BR
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% de la BR
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% de la BR
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% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	80% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	60%	60%	50% de la BR
Analyses, prélèvements	60%	60%	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7% du PMSS
Pansements	60%	60%	40% de la BR

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 titulaires de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.

OPTIQUE			
Remboursement CSM 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.			
Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	700% + 15€ monture	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	260%	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	800% + 15€/verre	1 500% de la BR
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	60%	645%	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par œil)	-	-	32% du PMSS

DENTAIRE			
Soins	70%	50%	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	70%	425%	150% de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100%	260%	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	70%	425%	10,5% du PMSS
Implants (maximum 5 par an)	-	-	20% du PMSS
Couronnes ou stellites provisoires :			
- 1 ou 2 dents	-	-	2% du PMSS
- 3 dents	-	-	4% du PMSS
- par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par an	-	-	30% des frais réels

APPAREILLAGE			
Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	60% / 100%	60% / 90% / 150% / 190%	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60%	590%	18% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 01/01/2018.

Camieg*		CSM EVIN 2018
Régime de base	Part complémentaire	

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)			
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique 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% de la BR
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% / 100%	220% / 200%	-
Forfait journalier prévu par l'article L.174-4 du CSS	-	-	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1% du PMSS
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour

Remarques

- 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 (forfait pour 21 jours)	65%	55%	8% du PMSS
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS
pilule contraceptive de 3 ^e ou 4 ^e génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS
ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS
détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	70% de la BR
Pack Prévention annuel incluant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - substituts nicotiques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin.	-	-	3,85% du PMSS
	150€/an pour les substituts nicotiques		

* 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) / rbt = remboursement

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 2018 est de 3 311€).

Le cumul des remboursements (Régime spécial et Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels.

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