

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.