DOCUMENT
À CONSERVER

GUIDE PRATIQUE

- PROCESSUS 1 -

COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

mutiegA association

BRANCHE DES INDUSTRIES
ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

Harmonie mutuelle GROUPE VYV

Energie MUTUELLE

smi Mutuelle avant tout

Document mis à jour 05/2018

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 1er 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

10 > Qu'est-ce que le Fonds Social ?

11 > Comment me faire rembourser ?

15 > Quelques exemples de remboursements

17 > Services & contacts

18 > Lexique *(définition des termes dans le guide suivis d'un astérisque*)*

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) :
  - soit dans votre Espace personnel de l'Espace CSM Salariés du site Internet de MUTIEG A ASSO (www.energiemutuelle.fr/mutiegA),
  - soit en l'adressant par courrier à MUTIEG A ASSO, Service Adhésion 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

  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 1er 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) ;*
  - *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 Gestionnaire du Contrat de Travail (GCT), qui vous remettra un formulaire de demande de dispense d'adhésion à la CSM, à compléter.
  Ce formulaire sera ensuite envoyé par votre Gestionnaire à la DRH Groupe, pour validation et transmission à MUTIEG A ASSO.

- 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. Ce BIA sera à adresser directement par vos soins à MUTIEG A ASSO.

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 2018 est de 3 311 euros ; il est revalorisé chaque année).
Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année dite « 13e 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.

Les taux contractuels sont les suivants :

	Cotisation « isolé »	Cotisation « famille »
Cotisation employeur	0,498%	0,880%
Cotisation salarié	0,268%	0,474%
Cotisation globale	**0,766%**	**1,354%**

Afin de tenir compte des excédents cumulés sur la CSM, depuis la mise en place du régime, les taux de cotisations appliqués pour les années 2016 et jusqu'au 30 juin 2018 sont les suivants :

	Cotisation « isolé »	Cotisation « famille »
Cotisation employeur	0,405%	0,716%
Cotisation salarié	0,210%	0,372%
Cotisation globale	**0,615%**	**1,088%**

Depuis, le 1er juillet 2018, les taux appliqués sont les taux contractuels indiqués plus haut.

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 : 0,474% de 1 700€ = 8,06€

Sur la base du PMSS* 2018, la cotisation salariale mensuelle est au maximum de 8,87€ pour un salarié cotisant en « isolé » et de 15,69€ pour un salarié cotisant en « famille ».

EXEMPLE : vous avez 2 enfants, votre rémunération principale brute est de 3 400€.
Votre cotisation mensuelle est de : 0,474% de 3 311€ (PMSS* 2018) = 15,69€

Les invalides de 2e et 3e 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.

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).

  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.

- 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). 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 évènements 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les Mutuelles Partenaires en ont eu connaissance.

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

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 Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 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/ obstétriciens)	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/ obstétriciens)	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/obstétriciens)	70%	50%	100% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un médecin non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens)	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 (23,18€)
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/ obstétriciens)) 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 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€	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 (49,67€)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS (243,36€)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	-	-	32% du PMSS (1 059,52€)
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 (347,66€)
Implants (maximum 5 par an)	-	-	20% du PMSS (662,20€)
Couronnes ou stellites provisoires : - 1 ou 2 dents - 3 dents - par dent supplémentaire	 - - -	 - - -	 2% du PMSS (66,22€) 4% du PMSS (132,44€) 1% du PMSS (33,11€)
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	8,4% du PMSS (278,12€)
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 (595,98€)
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS (1 191,96€)
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS (46,35€)
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS (2 979,90€)
HOSPITALISATION (Médecine, chirurgie, psychiatrie)			
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.			
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens), 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/obstétriciens)	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 (33,11€)
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour (69,53€)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour (37,08€)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour (69,53€)

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.*

	CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2018
	Régime de base	Part complémentaire	
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	65%	55%	8% du PMSS (264,88€)
Prévention : Vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS (57,94€)
Pilule contraceptive dite de 3e ou 4e génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS (57,94€)
Ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS (92,71€)
Détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
Scellement des sillons sur les 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 malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test Hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	- 150€/an pour les substituts nicotiniques	-	3,85% du PMSS (127,47€)

* 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/obstétriciens
rbt = remboursement
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.

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, après étude de votre dossier de demande par la Commission du Fonds Social CSM.

Ce dossier est accessible :

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

ou

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

Il devra être retourné :

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

ou

- Par courrier à adresser à
  MUTIEG A ASSO
  Pôle Solidarité
  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 MUTIEG A ASSO. MUTIEG A ASSO enverra, en retour, un accord de prise en charge à votre opticien. Ce dernier adressera alors directement la facture correspondante à MUTIEG A ASSO.

• 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.

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 (appareils acoustiques et véhicule pour personne handicapée) :

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 MUTIEG A ASSO. MUTIEG A ASSO enverra, en retour, un accord de prise en charge à votre professionnel de santé. Ce dernier adressera alors directement la facture correspondante à MUTIEG A ASSO.

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.

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 le site Internet www.energiemutuelle.fr/mutiegA, Espace CSM Salariés, rubrique « Adresser un courriel »
- Par l'application mobile, rubrique « Nous contacter »
- Par téléphone au 0 969 32 46 46
- Par courrier à : MUTIEG A ASSO - 47 rue Godot de Mauroy - 75009 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 MUTIEG A ASSO.

AUTRES PRESTATIONS :

• Vaccins non remboursés par la CAMIEG : adressez à MUTIEG A ASSO la facture nominative acquittée.

• Pilule contraceptive de 3e ou 4e 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 Hémoccult*, 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 courriel via le site Internet www.energiemutuelle.fr/mutiegA, Espace CSM Salariés, rubrique « Adresser un courriel »

- Par courrier à :
MUTIEG A ASSO
47 rue Godot de Mauroy
75009 PARIS

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	**45,00€**	**45,00€**
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	**25,00€**	**25,00€**
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)	17,50€	17,50€
Participation forfaitaire	-1,00€	-1,00€
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG (50% de la base)	12,50€	12,50€
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 AVANT CSM	16,00€	16,00€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**1,00€**	**6,00€**

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** **• Majoration de coordination spécialiste** **• Majoration provisoire clinicien**	 **23,00€** **5,00€** **2,00€**	 **23,00€** **Néant** **Néant**
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)	21,00€ (sur base 30€)	16,10€
Participation forfaitaire	-1,00€	-1,00€
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG (50% de la base)	13,60€	11,50€
TOTAL CAMIEG	33,60€	26,60€
CSM (100% de la BR si médecin signataire, 80% de la BR si médecin non signataire)	23,00€	18,40€
TOTAL REMBOURSÉ	56,60€	45,00€
RESTE À CHARGE AVANT CSM	26,40€	33,40€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**3,40€**	**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	**23,00€**	**23,00€**
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (80% de la base)	18,40€	18,40€
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG (220% de la base)	50,60€	50,60€
TOTAL CAMIEG	69,00€	69,00€
CSM (100% de la BR si médecin signataire, 0% de la BR si médecin non signataire)	23,00€	Néant
TOTAL REMBOURSÉ	92,00€	69,00€
RESTE À CHARGE AVANT CSM	31,00€	31,00€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**8,00€**	**31,00€**

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

Exemple de dépense réelle	**700,00€**
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	**107,50€**
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (70% de la base)	75,25€
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG (425% de la base)	456,88€
TOTAL CAMIEG	532,13€
CSM (150% de la base)	161,25€
TOTAL REMBOURSÉ	693,38€
RESTE À CHARGE AVANT CSM	167,87€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**6,62€**

5 > Consultation d'un ostéopathe

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

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

	Verres unifocaux + monture	Verres multifocaux + monture
Exemple de dépense réelle	**400,00€**	**680,00€**
monture	200,00€	200,00€
verres	100,00€ chacun	240,00€ chacun
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	**10,16€**	**23,58€**
monture	2,84€	2,84€
verres	7,32€	20,74€
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale (60% de la base)	6,10€	14,14€
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG	123,44€	230,80€
monture : 700% de la BR + 15€	34,88€	34,88€
verres : 800% de la BR + 30€	88,56€	195,92€
TOTAL CAMIEG	129,54€	244,94€
CSM	222,16€	386,76€
monture : plafond maximum de 115,12€	115,12€	115,12€
verres : 1500% de la BR	107,04€	271,64€
TOTAL REMBOURSÉ	351,70€	631,70€
RESTE À CHARGE AVANT CSM	270,46€	435,06€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**48,30€**	**48,30€**

7 > Optique adulte : lentilles refusées par la Sécurité sociale

Exemple de dépense réelle	**350,00€**
Base de Remboursement de la Sécurité sociale	**Néant**
CAMIEG Régime Général de Sécurité sociale	Néant
CAMIEG Régime Complémentaire des IEG (forfait de 92,30€)	92,30€
TOTAL CAMIEG	92,30€
CSM (forfait annuel : 7,35% du PMSS)	243,36€
TOTAL REMBOURSÉ	335,66€
RESTE À CHARGE AVANT CSM	257,70€
RESTE À CHARGE FINAL APRÈS CSM	**14,34€**

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	Fax	Site Internet
Adhésion	MUTIEG A ASSO Service Adhésion 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS	Site Internet : www.energiemutuelle.fr/ mutiegA Espace CSM Salariés Rubrique « Adresser un courriel »	0 969 32 46 46	01 49 24 02 57	www. energiemutuelle.fr/ mutiegA Espace CSM Salariés
Cotisations	MUTIEG A ASSO Service Cotisations 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS				
Devis et Prises En Charge	MUTIEG A ASSO Service Devis et Prises En Charge 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS				
Prestations	MUTIEG A ASSO Service Prestations 47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS				
Fonds Social	MUTIEG A ASSO Pôle Solidarité 4 rue Fulton 49000 ANGERS			-	

LEXIQUE

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 :
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 Maîtrisé/Option Pratique Tarifaire Maîtrisé 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 Hémoccult :
Le test Hémoccult 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.

www.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 :

Harmonie mutuelle
GROUPE VYV

SIREN 538 518 473 - 143 rue Blomet 75015 PARIS

Energie MUTUELLE

SIREN 419 049 499 - 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

smi Mutuelle avant tout

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)
47 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS
Tél. : 0 969 32 46 46
Site Internet : www.energiemutuelle.fr/mutiegA -
Espace CSM Salariés

mutiegA association

PARAGRAPHE *images* - © Fotolia - istock - 18544/P1 - 05/2018