

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la CAMIEG pour les soins réalisés à partir du 01/01/2019.

Camieg*		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2019
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 (23,64€)
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 (cf. exemples de remboursements)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR (cf. exemples de remboursements)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par an)	60%	645%	1,5% du PMSS (50,66€)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	-	Adulte : 92,30€ Enfant : 151,20€	7,35% du PMSS (248,21€)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par œil)	-	-	32% du PMSS (1 080,64€)

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 (354,59€)
Implants (maximum 5 par an)	-	-	20% du PMSS (675,40€)
Couronnes ou stellites provisoires :			
- 1 ou 2 dents	-	-	2% du PMSS (67,54€)
- 3 dents	-	-	4% du PMSS (135,08€)
- par dent supplémentaire	-	-	1% du PMSS (33,77€)
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	8,4% du PMSS (283,67€)
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 (607,86€)
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	36% du PMSS (1 215,72€)
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS (47,28€)
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS (3 039,30€)

# MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 01/01/2019.

Camieg*		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2019
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 (33,77€)
Chambre particulière	-	-	2,1% du PMSS / jour (70,92€)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	-	-	1,12% du PMSS / jour (37,82€)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	2,1% du PMSS / jour (70,92€)

#### 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 (270,16€)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS (59,10€)
pilule contraceptive de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération (forfait annuel)	-	-	1,75% du PMSS (59,10€)
ostéodensitométrie	70%	50%	2,8% du PMSS (94,56€)
détartrage annuel des dents	70%	50%	70% de la BR
scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%	50%	70% de la BR
<b>Pack Prévention annuel incluant :</b> - 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 (130,01€)
	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 2019 est de 3 377€).

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.