

MES PRESTATIONS

CSM CCAS

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels. Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg pour les soins réalisés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Camieg*		Couverture Supplémentaire Maladie CSM CCAS
Régime de base	Part complémentaire	

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut 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), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi n° 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'Assurance Maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

SOINS COURANTS

Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	40% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%	50%	20% 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%	80% de la BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70%	50%	60% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	35% des frais réels dans la limite de 100€ par séance et 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% pour les soins courants (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	NON	NON	OUI

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 : enfant (cf. ci-dessus)	60%	260%	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	60%	310%	440% de la BR
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€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	60%	800€ + 15€ par verre	1 300% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile et par bénéficiaire)	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 (par œil)	-	-	12% 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
Implant (maximum 5 par an)	-	-	10,5% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire :			
- 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 les frais réels limités à 500€ par an	-	-	30% des frais réels

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/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 L174-4 du CSS	-	-	100% des frais réels
Frais d'accompagnant (d'un enfant de moins de 16 ans)	-	-	1% du PMSS
Chambre particulière (60 jours par année civile)	-	-	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

NATURE DES PRESTATIONS

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

	Camieg*		Couverture Supplémentaire Maladie CSM CCAS
	Régime de base	Part complémentaire	

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%	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60%	590%	24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	36,59€	-	1,4% du PMSS
Véhicule pour personnes handicapées accepté par la Sécurité sociale	100%	150%	90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	65%	35%	8% du PMSS
Prévention :			
- Vaccins (par vaccin)	-	-	1,75% du PMSS
- Pilule contraceptive dite 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 les molaires avant 14 ans	70%	50%	70% de la BR
Pack Prévention annuel comprenant :	-	-	3,85% du PMSS
- 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 Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	150€/an pour les substituts nicotiniques		

¹ Dans la limite de 5300€ en établissement non conventionné.

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

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage du tarif servant de base à la Camieg pour effectuer ses remboursements (Base de remboursement - BR) ;
- en pourcentage du PMSS qui est, à titre indicatif pour l'année 2018, de 3 311€. Ce plafond est revalorisé chaque année.

IMPORTANT

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

La CSM CCAS ne prend 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 ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés*.

Ex. : accès à un médecin sans consultation du médecin traitant

La CSM CCAS est conçue en complément des prestations de la Camieg. Pour les non-affiliés Camieg, les prestations versées par la CSM CCAS le sont après reconstitution de la part théorique de la Camieg.

BON À SAVOIR :

En cas de situation particulièrement difficile, des aides exceptionnelles supplémentaires aux prestations de la CSM CCAS peuvent être versées par le Fonds Social après étude de votre demande par la Commission d'Entraide Sociale d'Energie Mutuelle. La demande est à adresser à Energie Mutuelle.

À NOTER :

C'est toujours la CPAM qui est compétente pour les démarches concernant l'Assurance Maladie (Ex. : carte internationale, entente préalable...).

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter : www.ameli.fr (Assurance Maladie).