

# GRILLE DE COUVERTURE

## DÉPENSES DE SANTÉ 2024

SOINS COURANTS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>VISITES ET CONSULTATIONS</b>				
Honoraires médicaux des médecins généralistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%	140%
Honoraires médicaux des médecins généralistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	60%	60%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	80%	80%
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX</b>				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%	80%
<b>ACTES D'IMAGERIE, D'ÉCHOGRAPHIE ET DE RADIOLOGIE</b>				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%	150%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%	80%
<b>CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS, ÉTIOPATHES ET MÉDECINS ACUPUNCTEURS (hors nomenclature) ***</b>				
	-	-	65€ <sup>(1)</sup>	70€ <sup>(1)</sup>
<b>PSYCHOLOGUE (hors nomenclature)</b>				
	-	-	-	25€/séance limité à 4 séances/ an/bénéficiaire
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>				
	60%	60%	80%	120%
<b>ANALYSES PRÉLÈVEMENTS</b>				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	80%	120%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	60%	60%	60%	100%
<b>ANALYSES HORS NOMENCLATURE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE</b>				
	-	-	36€	46€

\* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Les diminutions de remboursement de la Camieg dans le cadre du non-respect du parcours de soins ne peuvent être remboursées au titre de la garantie CSMR.

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale.

\*\*\* Le remboursement de ces actes de médecine complémentaire hors nomenclature est subordonné obligatoirement à l'indication :

- du numéro ADELI ou RPPS pour les ostéopathes et les chiropracteurs ;

- du numéro de diplôme pour les étioopathes ;

- du numéro FINESS ou RPPS du professionnel de santé pour les actes d'acupuncture qui doivent être réalisés par un médecin inscrit à l'ordre des médecins.

(1) Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire.

SOINS COURANTS (SUITE)	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>MÉDICAMENTS SUR LA BASE DU TARIF FORFAITAIRE DE RESPONSABILITÉ</b>				
	65%/30%/15%	35%/70%/85%		
<b>PANSEMENTS</b>				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	190%	240%
Pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte Mobilité Inclusion mention Invalidité, majoration de 50 % de l'ensemble des prestations Soins Courants à l'exception des médecins non signataires du Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et des Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs et Psychologue.				
	NON	NON	OUI	OUI

OPTIQUE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>MONTURE <sup>(1)</sup></b>				
<b>Classe A</b> (Panier 100% Santé)	100% PLV		-	-
<b>Classe B</b> (Panier Libre)	35€ (adulte) - 77€ (enfant - 18 ans)		65€ <sup>(2)</sup> (adulte) 23€ <sup>(2)</sup> (enfant - 18 ans)	65€ <sup>(2)</sup> (adulte) 23€ <sup>(2)</sup> (enfant - 18 ans)
<b>VERRES <sup>(1)</sup></b>				
<b>Classe A</b> (Panier 100% Santé)	100% PLV		-	-
<b>Classe B</b> (Panier Libre) :				
- Verre simple (par verre)	50€ (adulte) 43€ (enfant - 18 ans)		100€ <sup>(2)</sup>	100% FR dans la limite du plafond responsable de 160€ par verre <sup>(2)</sup>
- Verre complexe (par verre)	124€ (adulte) 103€ (enfant - 18 ans)		150€ (adulte) 180€ (enfant - 18 ans)	100% FR dans la limite du plafond responsable de 300€ par verre <sup>(2)</sup>
- Verre hypercomplexe (par verre)	185€ (adulte) 197€ (enfant - 18 ans)		140€ (adulte) 130€ (enfant - 18 ans)	100% FR dans la limite du plafond responsable de 350€ par verre <sup>(2)</sup>
<b>LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE (1 équipement par an, hors prise en charge du Ticket Modérateur)</b>				
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	645%	85€	115€
<b>LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE (2<sup>e</sup> équipement)</b>				
	60%	645%	300%	600%
<b>LENTILLES CORRECTRICES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Y COMPRIS ADAPTATION : MONTANT PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE</b>				
	-	92,30€ (adulte) 151,20€ (enfant - 18 ans)	300€	330€
<b>CHIRURGIE CORRECTRICE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (par oeil) <sup>(3)</sup></b>				
	-	-	1323€	1473€

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

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale.

(1) Monture et verres acceptés Sécurité sociale : 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 majorées ou minorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014).

(2) Le montant s'entend ticket modérateur (TM) inclus et dans la limite des garanties du contrat responsable.

(3) Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés à de la chirurgie correctrice au même titre que le traitement au laser (kératotomie). Les honoraires des professionnels de santé sont pris en charge sur présentation d'une facture acquittée, tous autres frais liés à cette intervention ne sont pas prévus au contrat.

DENTAIRE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup></b>				
Hors Inlay-Onlay	60%	60%	100%	150%
Inlay-Onlay	60%	60%	150%	250%
<b>PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>				
Panier 100 % Santé	60%	435%	-	-
Panier tarif maîtrisé	60%	435%	275%	350%
Panier libre	60%	435%	275%	350%
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale(2)			385€	513€
<b>ORTHODONTIE</b>				
Prise en charge par la SS	100%	260%	275%	350%
Non prise en charge par la Sécurité sociale, dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire			733€	935€
<b>COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (maximum 5 par an et par bénéficiaire)</b>				
	60%	435%	440€	513€
<b>IMPLANT NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (maximum 5 par an et par bénéficiaire) <sup>(3)</sup></b>				
	-	-	1100€	1283€
<b>PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (par an et par bénéficiaire) <sup>(4)</sup></b>				
	-	-	587€	880€
<b>AUTRES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>				
Hors blanchiment dentaire dans la limite de 1500€ par an et par bénéficiaire	-	-	40% des frais réels	60% des frais réels

\* Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas la Mutuelle. Correspondance CCAM non exhaustive et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ou du tarif de convention ou d'autorité.

(1) Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS.

(2) Codes CCAM : PAR, PAM, et les groupes PFC et PFM (non concernés par les actes HBMD342 HBMD433 HBMD479 HBMD490).

(3) Code CCAM : LBLD004, LBLD013, LBLD015, LBLD020, LBLD025, LBLD026, LBLD038, LBLD066, LBLD075, LBLD117, LBLD200, LBLD261, LBLD281, LBLD294.

(4) Code CCAM : TDS.

PLV : Prix Limite de Vente au public (PLV) des dispositifs médicaux et prestations dans le cadre de la réforme 100% Santé.

HOSPITALISATION	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie) <sup>(1)</sup></b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	0% ou 20%	100%	200%
Honoraires des médecins adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	100%	200%
Honoraires des médecins non adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	-	-
<b>FRANCHISE SUR LES ACTES CCAM <sup>(2)</sup> &gt; 120€ (ville et hôpital)</b>				
	-	24€ (Décret n° 2018 - 1257)	-	-
<b>FORFAIT JOURNALIER <sup>(3)</sup></b>				
	-	-	20€/jour	20€/jour
<b>FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT MÉDECINE ET CHIRURGIE <sup>(4)</sup></b>				
	-	-	48€/jour	51€/jour
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE PAR NUITÉE (limité à 90 jours par an en médecine, chirurgie et maternité, 45 jours en psychiatrie, 90 jours par an pour l'ensemble des autres facturations à l'exclusion des cures thermales et des maisons de retraite médicalisées ou non)</b>				
	-	-	98€/jour	109€/jour
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE</b>				
	-	-	41€/jour	41€/jour
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>				
	65%	35%	-	-

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

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ ou du tarif de convention ou d'autorité.

(1) Dans la limite de 5 300 € en établissement non conventionné. Ce plafond est à considérer hors prise en charge du Ticket Modérateur. Il ne concerne donc que les dépassements d'honoraires éventuels.

(2) CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

(3) Ce qui n'est pas couvert : les établissements longs séjours (hors rééducations et soins de suite), les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non.

(4) Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales est effectué dans les conditions suivantes :

- un seul accompagnant, quel que soit le lien de parenté ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé, pour le lit et le repas ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.


APPAREILLAGE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE MÉDICALE</b>				
	60%	60%/90%/190%	200%	200%
<b>PROTHÈSE AUDITIVE UNILATÉRALE OU PROTHÈSES AUDITIVES BILATÉRALES (par oreille) <sup>(1)</sup></b>				
<b>Classe I</b> (Panier 100 % Santé) <sup>(2)</sup>		dont part obligatoire		
- Pour les personnes jusqu'à 20 ans ou atteintes de cécité	60%	1 400€	-	-
- Pour les personnes de plus de 20 ans	60%	950€	-	-
<b>Classe II</b> (Panier Libre)		dont part obligatoire		
- Pour les personnes jusqu'à 20 ans ou atteintes de cécité	60%	1 700€	-	-
- Pour les personnes de plus de 20 ans	60%	1 700€	-	-
<b>PILES ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES AUDITIVES (par an)</b>				
	60%	60%	76€	81€
<b>VÉHICULE POUR PERSONNE HANDICAPÉE ACCEPTÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>				
	100%	150%	3300€	3300€

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

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ ou du tarif de convention ou d'autorité.

(1) Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de 4 ans, depuis la date d'acquisition de l'équipement.

PLV : Prix Limite de Vente au public (PLV) des dispositifs médicaux et prestations dans le cadre de la réforme 100 % Santé au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

AUTRES PRESTATIONS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**	
	Régime général	Part complémentaire	CSMR	CSMR + Confiance
<b>CURE THERMALE AGRÉÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (participation aux frais hébergement et transport) ***</b>				
	65%	55%	468€	493€
<b>VACCINS (PAR VACCIN)</b>				
<b>Classe I</b> (Panier 100 % Santé) <sup>(2)</sup>	-	-	84€	139€
<b>PILULE CONTRACEPTIVE DITE DE 3<sup>e</sup> OU 4<sup>e</sup> GÉNÉRATION (par an)</b>				
	-	-	84€	139€
<b>OSTÉODENSITOMÉTRIE</b>				
	70%	50%	123€	178€
<b>DÉTARTRAGE ANNUEL DES DENTS</b>				
	60%	60%	70%	70%
<b>SCÈLEMENT DES SILLONS SUR LES MOLAIRES AVANT 14 ANS</b>				
	60%	60%	70%	70%
<b>PACK PRÉVENTION ANNUEL</b>				
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, pédicure podologue <sup>(1)</sup> , amniocentèse	-	-		
Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans et dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste, bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer	-	-	300€	400€
Substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin	150€/an	-		
Équipement Handicap : équipements et réparations (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité) <sup>(2)</sup>	-	-	1000€/an	1000€/an
<b>ASSISTANCE</b>				
Soutien Psychologique suite à un événement traumatissant 	-	-	INCLUS	INCLUS

(1) Soins effectués par un professionnel de santé.

(2) Sur présentation d'une facture acquittée de pharmacie, parapharmacie ou distributeur de matériel médical spécialisé et d'une prescription médicale.

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

\*\* Sauf mention contraire, les taux sont exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale (SS) et/ou du tarif de convention ou d'autorité.

\*\*\* Cure thermale : remboursement des frais de transport et des frais d'hébergement sur présentation de factures acquittées. Les dates figurant sur ces factures doivent coïncider avec celles du début et de fin de cure, avec un délai de tolérance de 48h avant le début et après la fin de la cure thermale.

\*\*\*\* Dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement, IMA prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psy-

chologue clinicien et jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien si nécessaire. Service dédié 24h/24 et 7j/7 au 05 49 76 98 80.

Notes :

- l'assiette des prestations est la BR Reconstituée ;
- les podologues sont assimilés aux honoraires des auxiliaires médicaux ;
- les orthophonistes sont assimilés aux honoraires des auxiliaires médicaux.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.

TM : (Ticket modérateur) différence entre le tarif de convention et le remboursement de l'Assurance Maladie.

FR : (Frais Réels) montant total de la dépense d'un adhérent pour des soins. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, le décret 100% santé impose des prix limite de vente et plafonds. Dans le cadre du caractère responsable du contrat, Solimut Mutuelle respecte cet engagement.

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.

La garantie entre dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire imposée par l'État de 1 € par acte et 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 de la SS ainsi que les franchises mises en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 par les pouvoirs publics).

Dans le secteur non conventionné le remboursement est limité à 90 % des frais réels. Dans ce cas, l'assiette retenue est le tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, le seuil d'exonération du ticket modérateur pour les soins hospitaliers est de 120 €.