



Couverture Supplémentaire Maladie Actifs (CSMA)

Energie Point d'étape

Afin d'assurer le bon déroulement du changement d'assureur et de garantir votre affiliation automatique à PREDICA au 1^{er} juillet 2025, certaines de vos données personnelles, nécessaires à votre adhésion et au remboursement de vos frais de santé, ont été transmises de manière sécurisée par Énergie Mutuelle à NoveoCare, gestionnaire du nouvel assureur PREDICA/CAA.

Cette nouvelle mutuelle obligatoire portera la marque de :

Nous vous rappelons que ce changement concerne uniquement les agents statutaires en activité et n'entraîne donc aucune modification pour nos pensionnés couverts par un contrat CSM Evin.

Nous entrons désormais dans une nouvelle phase : le suivi de la transition et la vérification du bon enregistrement de vos coordonnées administratives.

À partir du 22 avril, l'ensemble des agents des IEG pourra vérifier, via le site de PREDICA, les informations transmises par Énergie Mutuelle à NoveoCare. Un mail ou un courrier de bienvenue sera envoyé aux agents selon qu'ils aient donné ou pas leurs adresses électroniques à Énergie Mutuelle. L'application «MA SANTÉ» de PREDICA/CAA sera quant à elle disponible ultérieurement.

En ce qui concerne les soins réalisés jusqu'au 30 juin 2025 inclus, ils seront pris en charge par Énergie Mutuelle. L'historique de vos dépenses ne sera pas transmis à PREDICA, ces données étant considérées comme sensibles au regard du RGPD.

Pour les soins effectués à partir du 1^{er} juillet 2025, la prise en charge dépendra des modalités de paiement :

- Si un tiers payant total a été appliqué, aucune démarche ne sera nécessaire.
- En revanche, en l'absence de tiers payant ou en cas de tiers payant partiel, il vous faudra transmettre les justificatifs nécessaires à PREDICA.

Enfin, si vous avez obtenu un devis d'Énergie Mutuelle pour des soins prévus après le 1^{er} juillet 2025, il sera indispensable de demander un nouveau devis auprès de PREDICA.

Suite à l'appel d'offres du 30 janvier 2024, la couverture de base évoluera à compter du 1^{er} juillet sur les prestations suivantes :

- **Chambre particulière** : 3 % du Plafond de la Sécurité sociale (1) (+0,9 %)
- **Dentaire inlay-onlay** : 350 % de la Base de Remboursement (2) (+130 %)
- **Psychologues** : 6 séances à 50 € (nouvelle prestation)
- **Médecines douces** : 6 séances à 60 €, dans la limite de 90 % des frais réels (actuellement 12 séances à 34 €)

Comme vous pourrez le constater, les garanties de base restent identiques à celles de l'ancien contrat.

Tableau des garanties couvertes par la CAMIEG (RO + Régime Complémentaire Camieg + CSMA)

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
SOINS COURANTS		
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'OPTAM	110 % BR	150 % BR
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'OPTAM	90 % BR	130 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	350 % BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	330 % BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou médecin signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	210 % BR
Actes techniques, radiologie et autres actes d'imagerie effectués par un professionnel de santé ou médecin non-signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR	180 % BR
Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	60 € par séance (limité à 90 % FR) dans la limite de 6 séances/an	60 € par séance (limité à 90 % FR) dans la limite de 6 séances/an
Auxiliaires médicaux	110 % BR	150 % BR
Analyses, prélèvements	110 % BR	150 % BR
Analyses hors nomenclature	0,7 % du PMSS (27,05 €) par an	0,7 % du PMSS (27,05 €) par an
Pansements	100 % BR	140 % BR

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
DENTAIRE		
SOINS REMBOURSES PAR PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes)	160 % BR	210 % BR
Stomatologues	150 % BR	200 % BR
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)	160 % BR	210 % BR
Radiologie dentaire	160 % BR	200 % BR
Inlays/Onlays	290 % BR	290 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES		
Panier de soins sans reste à charge (100 % santé)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Panier reste à charge maîtrisé	585 % BR	585 % BR
Panier tarifs libres	585 % BR	585 % BR
Couronne sur implant (max. 5/an)	435 % BR + 10,5 % du PMSS (873,35 €)	435 % BR + 10,5 % du PMSS (873,35 €)
COURONNES OU STELLITES PROVISOIRES NON PRISES EN CHARGE		
1 à 2 dents	2 % du PMSS (77,28 €)	2 % du PMSS (77,28 €)
3 dents	4 % du PMSS (154,56 €)	4 % du PMSS (154,56 €)
Par dent supplémentaire	1 % du PMSS (38,64 €)	1 % du PMSS (38,64 €)
ORTHODONTIE		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	460 % BR	460 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300 % BR	300 % BR
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Prothèses dentaires non remboursées (hors implantologie)	150 % BR	150 % BR
Implants (max. 5/an)	20 % du PMSS (772,80 €)	20 % du PMSS (772,80 €)
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	8,4 % du PMSS (324,58 €)	8,4 % du PMSS (324,58 €)
Autres actes codifiés (CCAM) non pris en charge, sur frais réels limités à 500 €/an	30 % des frais réels/an	30 % des frais réels/an

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
OPTIQUE		
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale		
Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé)	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Panier Tarifs libres (Classe B)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00 €)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00 €)
Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale		
Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé)	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Panier Tarifs libres (Classe B)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)
Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale		
Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé)	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Panier Tarifs libres (Classe B)	GRILLE OPTIQUE	GRILLE OPTIQUE
Hors réseau de soins	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau de soins	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau de soins
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale		
Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé)	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Panier Tarifs libres (Classe B)	GRILLE OPTIQUE	GRILLE OPTIQUE
Hors réseau de soins	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau de soins	Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau de soins
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B	60 % BR	60 % BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	645 % BR + 1,5 % du PMSS par an (254,65 € par lentille + 57,96 € par équipement)	645 % BR + 1,5 % du PMSS par an (254,65 € par lentille + 57,96 € par équipement)
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	CAMIEG RC + 7,35 % du PMSS (Adulte 376,3 €/Enfant 435,2 €) par an	CAMIEG RC + 7,35 % du PMSS (Adulte 376,3 €/Enfant 435,2 €) par an
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale		

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
HOSPITALISATION (Médecine, Chirurgie, Psychiatrie)		
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	(Chirurgiens ou gynécologues/obstétriciens), frais de salle d'opération, dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné	100 % BR/120 % BR
Honoraires : 300 % BR/320 % BR		
Forfait patient urgences		Sans reste à payer
Honoraires de médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO	(Chirurgiens ou gynécologues/obstétriciens)	220 %/200 % BR
Forfait journalier hospitalier	Prévu par l'article L. 174-4 du CSS	100 % des frais réels
Frais d'accompagnant	(Pour un enfant de moins de 16 ans)	1 % du PMSS (38,64 €)
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)		3 % du PMSS (115,92 €)
Chambre particulière ambulatoire	(Hospitalisation de jour, sans nuitée)	1,12 % du PMSS (43,28 €)
Chambre particulière maternité	(8 jours maximum)	3 % du PMSS (115,92 €)

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini règlementairement)		Sans reste à charge
Panier Tarifs libres (Classe II)	Forfait de 1700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	Forfait de 1700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive
Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	Forfait de 1700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive	Forfait de 1700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts,...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	60 % BR + 1,4 % du PMSS (54,10 € pour la partie en % PMSS) par année civile
APPAREIL MÉDICAL – APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale		160 %/190 %/250 %/290 % BR
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale		150 % BR + 90 % du PMSS

Catégorie	Détails	CAMIEG RC + CSM
AUTRES PRESTATIONS		
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	55 % BR + 8 % du PMSS (309,12 € pour la partie en % PMSS)	55 % BR + 8 % du PMSS (309,12 € pour la partie en % PMSS)
Psychologue	50 € dans la limite de 6 séances	50 € dans la limite de 6 séances
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	1,75 % du PMSS (67,62 €)	1,75 % du PMSS (67,62 €)
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	1,75 % du PMSS (67,62 €)	1,75 % du PMSS (67,62 €)
Ostéodensitométrie	50 % BR + 2,8 % du PMSS (108,19 € pour la partie en % PMSS)	50 % BR + 2,8 % du PMSS (108,19 € pour la partie en % PMSS)
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; test Hémocult, tensiomètre, prescrits par un médecin.	3,85 % du PMSS (148,76 €)	3,85 % du PMSS (148,76 €)
Assistance	NON	OUI
Réseau de soins	OUI	OUI
Téléconsultation	OUI	OUI

Vos cotisations

Fixées en pourcentage de la rémunération principale, elles sont limitées au Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS), qui est révisé chaque année (47100 € au 1er janvier 2025).

Les taux mensuels TTC sont établis comme suit (au 1er janvier 2025) :

Structure de cotisation	Part Patronale	Part Agent
Isolé*	0,580 %	0,312 %
Famille**	1064 %	0,573 %

Ces cotisations sont directement prélevées sur votre paie.

Changement du réseau partenaire : passage de Kalixia à Carte Blanche

Le réseau Kalixia laisse place au réseau Carte Blanche, qui continuera à vous offrir un accès élargi à des professionnels de santé partenaires, tout en garantissant des tarifs maîtrisés.

L'objectif reste inchangé : réduire votre reste à charge grâce aux accords tarifaires négociés.

Quelles prestations sont couvertes par le réseau Carte Blanche?

Le réseau Carte Blanche propose un large éventail de prestations dans plusieurs domaines de santé, notamment :

- **Optique** : Accès à des opticiens agréés proposant des équipements de qualité (verres et montures) à tarifs négociés, avec un reste à charge réduit.
- **Dentaire** : Prise en charge optimisée des soins courants, prothèses et orthodontie, avec des garanties de qualité et des tarifs préférentiels.
- **Audioprothèses** : Solutions auditives performantes adaptées à vos besoins, avec un accompagnement spécifique et des prix encadrés.
- **Ostéopathie, chiropraxie et acupuncture** : Soins alternatifs assurés par des professionnels reconnus, avec des tarifs avantageux.
- **Médecines douces et bien-être** : Accès facilité à un réseau de praticiens spécialisés en naturopathie, diététique et réflexologie, avec une participation financière allégée.

Options Facultatives

Facultatifs, celles-ci sont entièrement à la charge de l'agent par prélèvement direct sur compte bancaire.

Trois formules vous seront proposées : SELECT, MEDIUM et PREMIUM, avec des tarifs ajustés selon que vous soyez seul ou en famille.

Tarifs mensuels TTC pour 2025 :

- Option Isolé* : de 4,95 € (SELECT) à 27,98 € (PREMIUM)
- Option Famille** : de 8,16 € (SELECT) à 46,17 € (PREMIUM)

À vous de choisir la solution qui correspond le mieux à votre situation et à vos besoins!

Nous restons pleinement mobilisés pour vous accompagner tout au long de cette transition.

Que ce soit sur les garanties ou les démarches à suivre, nous serons à vos côtés pour vous informer et répondre à vos questions afin que tout se déroule dans les meilleures conditions.

N'hésitez pas à vous rapprocher de votre représentant FO pour toute précision.

(1) PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Ce plafond mensuel a été revalorisé à 3925 euros au 1er janvier 2025

(2) OPTAM = **Option Pratique Tarifaire Maîtrisée**. Il s'agit donc d'un contrat conclu entre l'Assurance Maladie et les médecins de secteur 2 et ce afin de limiter les dépassements.

(3) BR = **Base de Remboursement**

(4) Panier classe A = Les verres et montures de classe A : ils sont inclus dans le panier 100 % santé, avec un reste à charge zéro. Vous n'avez donc rien à régler.

La répartition des cotisations varie selon votre situation familiale :

(5) * Taux « isolé » : si vous êtes seul.

(6) **Taux « famille » : si vous avez des ayants droit.