

Les prestations remboursées par la CSM à compter du 1^{er} janvier 2025 sont les suivantes :

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.		CAMIEG	CSM
Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2025 jusqu'au 30/06/2025.	Régime de base	Régime complémentaire	Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2025
SOINS COURANTS			
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	60 %
Consultations et visites de médecins généralistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70 %	50 %	40 %
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾ pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾ pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %
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-ACO ⁽¹⁾ pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %
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-ACO ⁽¹⁾ pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	34 € par séance dans la limite de 12 séances par année civile
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS (27,48 €) par année civile
Pansements	60 %	60 %	40 %
Le taux de remboursement est majoré de 50 % [sauf médecins non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽¹⁾ pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)] pour les soins courants pour les personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % ou titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.			
OPTIQUE			
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)			
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	35 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 34,97 € pour le régime complémentaire)	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (35,00 €)
Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)			
- Panier Tarifs libres (Classe B)	60 %	77 € par monture (y compris le remboursement du régime de base à 0,03 € soit 76,97 € pour le régime complémentaire) ⁽³⁾	Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg (77,00 €)
Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)			
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 50,00 € Complexe : 124,00 € Très complexe : 185,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)
Hors réseau Kalixia ⁽²⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Dans le réseau Kalixia ⁽²⁾			
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :	60 %	Sans reste à charge *	-
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)			
- Panier Tarifs libres (Classe B) :	60 %	Forfaits par verre (y compris le remboursement du régime de base) ** : Simple : 43,00 € Complexe : 103,00 € Très complexe : 197,00 €	Grille optique CSM (se référer à la grille ci-dessous)
Hors réseau Kalixia ⁽²⁾			Prise en charge de 100 % des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA
Dans le réseau Kalixia ⁽²⁾			
Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B ***	60 %	60 %	-
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)	60 %	645 % de la BR	1,5 % du PMSS (58,88 €) par année civile
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)	-	Lentilles hors adaptation Adulte : 92,30 € Enfant : 151,20 €	7,35 % du PMSS (288,49 €) par année civile****
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS (1 256,00 €) par année civile et par œil
(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous. (2) La prise en charge de la CSM est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois de date à date pour les adultes (à partir de 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, elle peut être réduite à 12 mois de date à date en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la CSM (monture et verres) sont différenciés entre Adulte (à partir de 18 ans) et Enfant (moins de 18 ans). La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65). Les avantages accordés par le réseau Kalixia sont subordonnés à ce que l'assuré ne refuse pas le tiers payant proposé systématiquement par l'opticien du réseau. (3) Pour les enfants de moins de 6 ans, la prise en charge de la monture en panier libre (Classe B) par la Camieg est de 77 € (y compris le régime de base à 0,06 € soit 76,94 € pour le régime complémentaire) et pour la CSM au niveau du Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la Camieg. * La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire), y compris pour la prestation d'appariage des verres de classe A et pour la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien des verres de classe A, dans la limite du Prix Limite de Vente. ** Correction telle que précisée à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. *** La prestation « adaptation correction visuelle par l'opticien » est prise en charge par la Camieg (60 % de la BR pour le régime de base et 60 % de la BR pour le régime complémentaire) pour le panier Tarifs libres (Classe B). **** Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge			
DENTAIRE			
SOINS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Consultations dentaires (Chirurgiens-dentistes)	60 %	60 %	100 %
Stomatologues	70 %	50 %	100 %
Soins dentaires (y compris détartrage et scellement des sillons)	60 %	60 %	100 %
Radiologie dentaire	60 %	60 %	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES			
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement) ⁽¹⁾	60 %	Prise en charge intégrale ⁽¹⁾	-
- Panier reste à charge maîtrisé	60 %	435 %	150 %

Votre couverture supplémentaire maladie CSM

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.		CAMIEG		CSM Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2025
Ce tableau présente la nouvelle grille des remboursements CSM qui s'ajoutent à ceux prévus par le Régime spécial de Sécurité sociale des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime de base et complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2025 jusqu'au 30/06/2025.		Régime de base	Régime complémentaire	
DENTAIRE (suite)				
- Panier tarifs libres :				
- prothèses	60 %	435 %		150 %
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	60 %	435 %		10,5 % du PMSS (412,13 €) par couronne sur implant
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :				
- 1 à 2 dents	-	-		2 % du PMSS (78,50 €)
- 3 dents	-	-		4 % du PMSS (157,00 €)
- par dent supplémentaire	-	-		1 % du PMSS (39,25 €)
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 %	260 %		200 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	-	-		300 %
AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :				
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	-	-		150 %
Implants - maximum 5 implants par année civile et par bénéficiaire ⁽³⁾	-	-		20 % du PMSS (785,00 €) par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾	-	-		8,4 % du PMSS (329,70 €) par année civile
Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500 € par an	-	-		30 % des frais réels par année civile
(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge », depuis le 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) et pour certains actes, en complément par la CSM dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale. (2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie. (3) La prestation « Implants » concerne le remboursement de l'implant seul. Dans la limite de la garantie, tous les autres frais liés à la pose de l'implant sont remboursés, selon leur nature, soit au titre des « Autres actes codifiés non pris en charge par la Sécurité sociale » soit au titre des « Soins remboursés par la Sécurité sociale » soit au titre de la prestation « Couronne sur implant ».				
MATÉRIEL MÉDICAL - APPAREILLAGE				
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	60 % / 100 %	60 % / 90 % / 150 % / 190 %		100 %
Véhicule pour personne en situation de handicap accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %		90 % du PMSS (3 532,50 €)
AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
La prise en charge des aides auditives s'entend dans la limite des contrats responsables à compter du 1 ^{er} janvier 2021 fixée à 1 700 €. (Décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) et (arrêté Camieg du 30 septembre 2019)				
Remboursement au 1^{er} janvier 2025 :				
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *		-
- Panier Tarifs libres (Classe II) ** : Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive		-
Aides auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	60 %	Forfait de 1 700 € (dont remboursement du régime de base) par aide auditive		-
Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale ***	60 %	60 %		1,4 % du PMSS (54,95 €) par année civile
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (régime de base et régime complémentaire) dans le respect des textes réglementaires. ** La prise en charge du panier de soins Tarifs libres est assurée par la Camieg dans la limite du plafond des contrats responsables de 1 700 € par oreille. *** Prothèse auditive et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...) sur présentation de justificatifs de dépense.				
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)				
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/ (OPTAM/OPTAM-ACO ⁽⁴⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques) 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 %
Forfait patient urgences ¹	-	Sans reste à payer		-
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/(OPTAM/OPTAM-ACO ⁽⁴⁾) pour les anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80 % / 100 %	220 % / 200 %		-
Forfait journalier hospitalier 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 (39,25 €)
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)	-	-		2,1 % du PMSS (82,43 €)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-		1,12 % du PMSS (43,96 €)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-		2,1 % du PMSS (82,43 €)
- 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. * Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (4) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-ACO (en Anesthésie-réanimation, Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.				
AUTRES PRESTATIONS				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %		8 % du PMSS (314,00 €)
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	-	-		1,75 % du PMSS (68,69 €)
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-		1,75 % du PMSS (68,69 €)
Ostéodensitométrie	70 %	50 %		2,8 % du PMSS (109,90 €)
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 (151,11 €) par année civile

Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement)

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

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes). **OPTAM** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. **OPTAM-ACO** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les Anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens ou gynécologues/obstétriques. **CSS** = Code de la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2025 est de 3 925 €).

Le cumul des remboursements (Camieg : Régime de Base et Régime Complémentaire ainsi que la Couverture Supplémentaire Maladie) ne peut excéder le montant des frais réels. La Camieg est l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de Sécurité sociale de la branche des IEG.

Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social de la CSM.

GRILLE OPTIQUE

Les montants minimum et maximum de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) pour un contrat collectif sont fixés dans la grille de garantie ci-dessus. Cette dernière est complétée par la grille Optique des verres :

Grille optique CSM pour Adulte (à partir de 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,25-4	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
4,25-6	35,00 €	55,00 €	94,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
6,25-8	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	156,00 €	156,00 €
8,25-12	62,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €
12,25 et +	115,00 €	103,00 €	142,00 €	163,00 €	369,00 €	369,00 €

Grille optique CSM pour Enfant (- 18 ans) : (a)						
Sphère	Unifocaux			Multifocaux et Progressifs		
	Cylindre			Cylindre		
	0	0,25 - 4	4,25 et plus	0	0,25 - 4	4,25 et plus
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,25-4	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
4,25-6	53,00 €	66,00 €	123,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
6,25-8	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	192,00 €	192,00 €
8,25-12	118,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €
12,25 et +	198,00 €	160,00 €	205,00 €	191,00 €	294,00 €	294,00 €

Légende : (a)

Verre simple Verre complexe Verre très complexe

(a) Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge des verres s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif aux plafonds des contrats responsables (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65)

03_MAA_CSM_TG-20250127

energiemutuelle.fr

66 avenue du Maine 75014 PARIS **0 969 32 46 46** Service gratuit + prix appel

ENERGIE MUTUELLE : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité SIREN 419 049 499 - APE 6512Z. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9

ASSOCIATION DE MOYENS ASSURANCE DE PERSONNES (AMAP) : association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 840 599 930 - N° Orias 19000811 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Copyright Energie mutuelle 2025. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation.