

Accord professionnel

IEG : INDUSTRIES ÉLECTRIQUES ET GAZIÈRES

Accord du 30 janvier 2024

à l'accord du 4 juin 2010
relatif à la couverture supplémentaire maladie des agents statutaires

NOR : ASET2450140M

Entre l'(les) organisation(s) professionnelle(s) d'employeur(s) :

UFE ;

UNEMIG,

d'une part,

et le(s) syndicat(s) de salariés :

CFE-CGC ;

FCE CFDT ;

FNME CGT ;

FNEM FO,

d'autre part,

il a été convenu ce qui suit :

Préambule

Par accord du 4 juin 2010, les partenaires sociaux de la branche des industries électriques et gazières ont mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2011, une couverture supplémentaire maladie (« CSM ») collective et obligatoire pour les agents statutaires des entreprises de la branche, afin d'améliorer le niveau des remboursements de frais de santé assurés par le régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières (« IEG »).

Cet accord a été modifié à cinq reprises, par avenants respectivement datés des 8 avril 2014, 16 novembre 2015, 5 juillet 2018, 8 novembre 2019 et 16 décembre 2020.

En 2023, les partenaires sociaux de la branche des industries électriques et gazières se sont réunis afin de renégocier les conditions d'application de la couverture supplémentaire maladie et les obligations en découlant pour les entreprises de la branche. Ils se sont également accordés pour améliorer le niveau des remboursements de frais de santé afin de le porter au même niveau de garanties que celui dont bénéficient les salariés des grands groupes français.

Les principaux objectifs de cette négociation visent ainsi à moderniser le régime conventionnel en le mettant en conformité avec les dernières réformes intervenues en matière de protec-

tion sociale complémentaire et à redéfinir à la hausse le socle minimal de garanties de branche en matière de frais de santé.

Afin d'améliorer la lisibilité du dispositif conventionnel, les partenaires sociaux ont décidé de réviser intégralement l'accord susvisé du 4 juin 2010 et ses 5 avenants, auxquels le présent accord a vocation à se substituer dans toutes ses dispositions à compter du 1^{er} juillet 2025, conformément aux dispositions de l'article L. 2261-7-1 du code du travail.

Article 1^{er} | Objet

Le présent accord a pour objet d'instituer, conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, une couverture supplémentaire maladie au bénéfice des salariés statutaires des entreprises des industries électriques et gazières.

Cette couverture conventionnelle, constituée d'un socle minimal de garanties en matière de frais de santé et d'une obligation patronale minimale de financement, doit obligatoirement être instituée au sein des entreprises de la branche visées à l'article 2.

Les salariés statutaires et leurs ayants droit tels que définis à l'article 3.1 ci-après, bénéficient obligatoirement de la couverture maladie supplémentaire instituée par le présent accord, quel que soit l'organisme assureur retenu par leur employeur.

Article 2 | Champ d'application professionnel et territorial

Le présent accord s'applique en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'ensemble des entreprises ou organismes dont tout ou partie du personnel relève du statut national du personnel des IEG.

Le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises ou organismes de la branche des IEG y compris les entreprises de moins de 50 salariés sans qu'il soit nécessaire de prévoir de stipulations spécifiques les concernant.

Article 3 | Bénéficiaires de la couverture supplémentaire maladie

3.1. Adhésion obligatoire des salariés statutaires

La couverture supplémentaire maladie bénéficie à titre obligatoire à l'ensemble des salariés statutaires au sein des entreprises visées à l'article 2, ayant la qualité d'ouvriers du régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, tels que définis au 1^{er} du I de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 mars 2007 relatif au régime spécial d'assurance maladie et maternité des industries électriques et gazières.

Aucune condition d'ancienneté n'est requise.

Sont également couverts automatiquement les ayants droit des salariés tels que définis aux 1^{er} et 2^o du VI de l'article 1^{er} de l'arrêté précité. Pour ce faire, les salariés s'engagent à acquitter la cotisation correspondant à leur situation de famille réelle.

3.2. Dispenses

Conformément aux dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 du code de la sécurité sociale, les salariés peuvent être dispensés, à leur demande, d'adhésion au contrat collectif souscrit par leur employeur, dès lors qu'ils relèvent de l'un des cas de dispenses d'adhésion prévu par ces dispositions.

Article 4 | Incidences de la suspension du contrat de travail sur le maintien de la couverture

4.1. Maintien de la couverture à titre obligatoire

Suspension indemnisée du contrat de travail

Le bénéfice de la couverture supplémentaire maladie est maintenu au profit des salariés statutaires dont le contrat de travail est suspendu, et le cas échéant de leurs ayants droit, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'une indemnisation de l'employeur et notamment :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel ;
- d'une prestation/revenu de remplacement versé/financé en tout ou partie par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans une telle hypothèse de suspension dite « indemnisée », et sauf maintien « à titre gratuit » par l'organisme assureur :

- l'entreprise verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée ;
- parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Invalidité

Le bénéfice de la couverture supplémentaire maladie est également maintenu à titre obligatoire au profit des salariés statutaires dont le contrat de travail est suspendu pour cause d'invalidité :

- en cas d'invalidité de 1^{re} catégorie, l'entreprise verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations ;
- en cas d'invalidité de 2^e ou 3^e catégories, le bénéfice de la couverture supplémentaire maladie est maintenu à titre obligatoire pendant la période de suspension du contrat de travail sans contrepartie de cotisation salariale, ni patronale.

4.2. Maintien de la couverture à titre facultatif

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice de la couverture supplémentaire maladie est suspendu.

Les salariés ont toutefois la possibilité de continuer à bénéficier à titre individuel et facultatif de la couverture supplémentaire maladie pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale). Le précompte des cotisations n'est pas assuré par l'employeur.

Article 5 | Incidences de la rupture du contrat de travail sur le maintien de la couverture

5.1. Portabilité

Conformément à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, en cas de rupture du contrat de travail non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à une indemnisation chômage, l'ancien salarié statuaire bénéficie, sans contrepartie de paiement des cotisations, dans le respect des conditions fixées par la loi, du maintien des garanties collectives en vigueur dans l'entreprise, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers

contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, cette durée ne pouvant excéder 12 mois.

5.2. Article 4 de la loi « Évin »

À titre informatif, les parties rappellent que le contrat d'assurance souscrit doit respecter l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin ».

En aucun cas, l'employeur ne pourra être appelé à participer au financement des garanties souscrites par les bénéficiaires au titre de l'article 4 de la loi Évin.

Article 6 | Socle minimal de garanties de branche en matière de frais de santé

Le présent accord institue un socle obligatoire minimal de garanties ayant pour objet de compléter les garanties assurées par le régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières, devant obligatoirement être mis en place par toutes les entreprises visées à l'article 2.

La couverture mise en place ainsi que le contrat d'assurance collectif frais de santé souscrit par l'employeur, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L. 871-1, R. 871-1, R. 871-2, L. 242-1-II-4°, R. 242-1 et D. 242-1 et suivants du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'article 83-1° *quater* du code général des impôts.

La couverture sera adaptée si nécessaire pour respecter les conditions posées par la réglementation en vigueur afin que son financement continue à bénéficier du régime fiscal et social de faveur prévu par les textes susvisés.

Les prestations, qui figurent en annexe 1 au présent accord, sont exprimées en complément des remboursements du régime spécial maladie des IEG.

Les garanties sont mises en œuvre sans délai de carence, ni questionnaire de santé.

Article 7 | Financement de la couverture supplémentaire maladie obligatoire

La cotisation servant au financement du socle minimal de garanties défini à l'article 6 est prise en charge par l'employeur au minimum à hauteur de 65 % et par le salarié au maximum à hauteur de 35 %, tant pour la cotisation propre au salarié ouvrant droit, que pour celle due au titre de ses ayants droit tels que ci-dessus définis à l'article 3.1.

Article 8 | Information des salariés statutaires

Les employeurs remettront à chaque salarié ouvrant droit de la couverture supplémentaire maladie obligatoire et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, rédigée par l'organisme assureur retenu, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application.

Les salariés ouvrants droit seront informés selon la même méthode de toute modification des garanties.

Article 9 | Durée de l'accord. Suivi

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément à l'article L. 2222-5-1 du code du travail, les parties conviennent de se réunir dans un délai maximum de 5 ans suivant l'entrée en vigueur du présent accord, afin de dresser un bilan de ses conditions d'application et d'envisager le cas échéant les évolutions susceptibles d'y être apportées.

Un comité assurera le suivi du présent accord et notamment des éventuelles évolutions des garanties.

Article 10 | Modalités de révision et de dénonciation

À la demande des groupements d'employeurs ou d'une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle, signataires ou adhérentes au présent accord, une négociation de révision de ce dernier pourra être engagée à tout moment, dans les conditions prévues par le code du travail.

L'accord peut également être dénoncé selon les dispositions du code du travail. Le préavis de dénonciation est fixé à trois mois à compter de la date de notification de la dénonciation aux signataires de l'accord.

Article 11 | Entrée en vigueur

Le présent accord entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2025. À cette date, les dispositions du présent accord se substitueront intégralement à celles de l'accord du 4 juin 2010 et de ses 5 avenants qu'il a vocation à réviser.

Article 12 | Notification, dépôt et publicité

À l'issue de la procédure de signature et conformément aux dispositions du code du travail, le présent accord sera notifié aux organisations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle des industries électriques et gazières.

À l'expiration d'un délai de quinze jours suivant cette notification, le présent accord fera l'objet, à la diligence des groupements d'employeurs signataires, des formalités de dépôt et de publicité, dans les conditions prévues par le code du travail.

Article 13 | Procédure d'extension

Les parties signataires conviennent de demander l'extension du présent accord.

Fait à Paris, le 30 janvier 2024.

(Suivent les signatures.)

Annexe 1 Socle minimal de garanties de branche en matière de frais de santé

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

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.		CAMIEG		CSM
Ce tableau présente la 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 01/07/2025.		Régime de base	Régime complémentaire	
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-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	100 %	
Consultations et visites de médecins spécialistes non-signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les 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-CO pour les chirurgiens ou les 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-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	70 %	50 %	80 %	
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	-	-	90% des frais réels avec un plafond de 60€ par séance dans la limite de 6 séances par année civile et par bénéficiaire	
Auxiliaires médicaux	60 %	60 %	50 %	
Analyses, prélèvements	60 %	60 %	50 %	
Analyses hors nomenclature	-	-	0,7 % du PMSS 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-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 titulaire de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.				
OPTIQUE				
Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :				
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	
- 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 :				
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	
- 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) ⁽²⁾	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 tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	
- 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)	
Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :				
- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100 % santé tel que défini réglementairement)	60 %	Sans reste à charge *	-	
- 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)	
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 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 par année civile****	
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	32 % du PMSS par année civile et par œil	
(1) 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).				
(2) 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 %	

Le cumul des remboursements ne peut excéder le montant des frais réels.		CAMIEG		CSM
Ce tableau présente la 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 01/07/2025.		Régime de base	Régime complémentaire	
DENTAIRE (suite)				
- Panier tarifs libres :		60 %	435 %	150 %
- prothèses				
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)		60 %	435 %	10,5 % du PMSS par couronne sur implant
Inlay-Onlay (remboursement limité aux HLF® pour le panier maîtrisé)		60 %	60 %	230 %
Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale :				
- 1 à 2 dents		-	-	2 % du PMSS
- 3 dents		-	-	4 % du PMSS
- par dent supplémentaire		-	-	1 % du PMSS
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 par implant
Parodontologie (forfait par année civile et par bénéficiaire) ⁽²⁾		-	-	8,4 % du PMSS 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 ». (4) Honoraires limites de facturation				
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 handicapée accepté par la Sécurité sociale	100 %	150 %	90 % du PMSS	
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 2024 :				
- 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 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-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 %	
Forfait patient urgences ¹	-	Sans reste à payer	-	
Honoraires de médecins non-signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO 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	
Chambre particulière (hospitalisation complète, par nuitée)	-	-	3 % du PMSS	
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour, sans nuitée)	-	-	1,12 % du PMSS	
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	-	-	3 % du PMSS	
- 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.				
AUTRES PRESTATIONS				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	65 %	55 %	8 % du PMSS	
Consultations de psychologues	-	-	50€ dans la limite de 6 séances par année civile et par bénéficiaire	
Prévention : vaccins non pris en charge par l'Assurance maladie (par vaccin)	-	-	1,75 % du PMSS	
Contraception non remboursée : Pilules de 3 ^e et 4 ^e générations (forfait par année civile et par bénéficiaire)	-	-	1,75 % du PMSS	
Ostéodensitométrie	70 %	50 %	2,8 % du 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 par année civile	

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

Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les 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 2024 est de 3 864 €).

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 ci-dessous :

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)