

GRILLE DE COUVERTURE

DÉPENSES DE SANTÉ 2026

SOINS COURANTS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CONFIANCE
VISITE ET CONSULTATIONS			
Honoraires médicaux des médecins généralistes adhérents au DPTAM	70%	50%	40%
Honoraires médicaux des médecins généralistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	-
Honoraires médicaux des médecins spécialistes adhérents au DPTAM	70%	50%	50%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	-
Service de téléconsultation 24h/24, 7j/7 **** 	-	-	Inclus
Téléconsultation de Médecins Spécialistes ****  interprétation des résultats d'examens (analyses médicales, comptes-rendus...) pour répondre à vos questions.	-	-	Inclus
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	50%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	-
ACTES D'IMAGERIE, D'ÉCHOGRAPHIE ET DE RADIOLOGIE			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	50%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	-
CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS, ÉTIOPATHES ET MÉDECINS ACUPUNCTEURS (hors nomenclature) ***			
Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire	-	-	5€ /séance
PSYCHOLOGUE (hors nomenclature)			
Dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire	-	-	25 € /séance
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
	60%	60%	40%
ANALYSES, PRÉLÈVEMENTS			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	40%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	60%	60%	40%

* 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 étiopathes ;
- 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

****La téléconsultation Medaviz est un service en inclusion de votre contrat Santé.

Medaviz : PODALIRE, société par actions simplifiée au capital de 83 800 euros, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre - 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024. N°Tel : 0978460221.

Accessible depuis votre Espace Adhérents Solimut. Médecins généralistes et spécialistes disponibles 24 heures/24, 7 jours/7.

SOINS COURANTS (SUITE)

CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
Régime général	Part complémentaire	CONFIANCE

ANALYSES HORS NOMENCLATURE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE

-	-	10 €
---	---	------

PANSEMENTS

60%	60%	50%
-----	-----	-----

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
-----	-----	-----

OPTIQUE

CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
Régime général	Part complémentaire	CONFIANCE

MONTURE ⁽¹⁾

Classe A (Panier 100% Santé)	100% PLV	-
Classe B (Panier Libre)	35 € (adulte) - 77 € (enfant - 18 ans)	-

VERRES ⁽¹⁾

Classe A (Panier 100% Santé)	100% PLV	-
Classe B (Panier Libre) :		
• Verre simple (par verre)	50 € (adulte) 43 € (enfant - 18 ans)	60 €
• Verre complexe (par verre)	124 € (adulte) 103 € (enfant - 18 ans)	150 € (adulte) 120 € (enfant - 18 ans)
• Verre hypercomplexe (par verre)	185 € (adulte) 197 € (enfant - 18 ans)	210 € (adulte) 220 € (enfant - 18 ans)

LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE

1 équipement par an, hors prise en charge du Ticket Modérateur	60%	645%	30 €
2 ^{ème} équipement	60%	645%	300%

LENTILLES CORRECTRICES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Y COMPRIS ADAPTATION

Montant par an et par bénéficiaire	-	92,30 € (adulte) 151,20 € (enfant -18 ans)	30 €
------------------------------------	---	---	------

CHIRURGIE CORRECTRICE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾

Montant par œil, par an et par bénéficiaire	-	-	150 €
---	---	---	-------

*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.

(2) Le montant s'entend ticket modérateur (TM) inclus.

(3) Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés à de la chirurgie correctrice au même titre que le traitement au laser (kératotomy). 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

DENTAIRE	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CONFIANCE
SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾			
Hors Inlay-Onlay	60%	60%	50%
Inlay-Onlay	60%	60%	100%
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Panier 100% santé	60%	435%	-
Panier tarif maîtrisé	60%	435%	75%
Panier Libre	60%	435%	75%
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	-		128 €
ORTHODONTIE ***			
Prise en charge par la Sécurité Sociale	100%	260%	75%
Non prise en charge par la Sécurité sociale, montant dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire	-	-	202 €
COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	60%	435%	73 €
IMPLANT NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽³⁾			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	-	-	183 €
PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽⁴⁾			
Montant par an et par bénéficiaire	-	-	293 €
AUTRES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
Hors blanchiment dentaire dans la limite de 1500€ par an et par bénéficiaire	-	-	20% 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.

*** La facturation des actes d'orthodontie est prise en charge à la fin de chaque semestre.

(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	CONFIANCE
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie) ⁽¹⁾			
Frais de séjour	80% ou 100%	0% ou 20%	100%
Honoraires des médecins adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	100%
Honoraires des médecins non adhérents au DPTAM	80% ou 100%	200% ou 220%	-
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT MÉDECINE ET CHIRURGIE ⁽²⁾			
	-	-	3 €/jour
CHAMBRE PARTICULIÈRE PAR NUITÉE			
Limitée 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	-	-	11 €/jour

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) 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	CONFIANCE
PILES ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES AUDITIVES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾			
Montant par an et par bénéficiaire	60%	60%	5 €

* 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) Entretien réalisé par un professionnel de santé.

AUTRES PRESTATIONS

	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CONFIANCE
CURE THERMALE AGRÉÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE***			
Participation aux frais hébergement et transport	65%	55%	25 €
VACCINS ET TRAITEMENT PREVENTIF ANTIPALUDISME			
Montant par vaccin	-		55 €
PILULE CONTRACEPTIVE DITE DE 3e OU 4e GÉNÉRATION			
Montant par an	-		55 €
OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE			
	70 %	50%	55 €
PACK PREVENTION ANNUEL			
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, pédicure podologue ⁽¹⁾ , amniocentèse	-		100 €
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			
Substituts nicotiniques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ⁽²⁾			

* 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 thermique : 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 thermique.

(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.

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 1er janvier 2021, le décret 100% santé impose des prix limite de vente et plafonds.

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 exclut la prise en charge de la participation forfaitaire imposée par l'État de 2€ 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 1er 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 1er janvier 2011, le seuil d'exonération du ticket modérateur pour les soins hospitaliers est de 120 €.