VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM)

GUIDE PRATIQUE

sanergi ieg

BIENVENUE

Votre entreprise a souscrit un contrat auprès de Crédit Agricole Assurances pour assurer la couverture supplémentaire maladie de la branche des IEG afin de vous aider à gérer vos dépenses de santé au quotidien.

Ce guide a pour vocation de vous accompagner dans vos démarches.

Vous y trouverez toutes les informations relatives à vos garanties, aux modalités de vos remboursements et aux services mis à votre disposition.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 DÉCOUVREZ VOTRE COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE 3

CHAPITRE 2 PRÉSENTATION DES COTISATIONS..... 4

CHAPITRE 3 **L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE «** sanergi IEG MA SANTÉ »..... 6

CHAPITRE 4 NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN 7

CHAPITRE 5 NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS..... 9

CHAPITRE 6 NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTER LES DIFFICULTÉS..... 11

CHAPITRE 7 OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ 12

CHAPITRE 8 DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS 15

CHAPITRE 9 EXEMPLES DE REMBOURSEMENT..... 22

CHAPITRE 10 DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT 25

CHAPITRE 11 **MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RÉSILIATION DE VOS AYANTS DROIT** 26

LEXIQUE 28

CONTACTS 29

CHAPITRE 1
DÉCOUVREZ VOTRE COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

Comprendre les remboursements de vos frais de santé

Votre couverture supplémentaire maladie a été conçue pour vous permettre de :

COMPLÉTER efficacement les remboursements de la CAMIEG.

RÉDUIRE ou supprimer votre reste à charge.

REMBOURSER certaines prestations non prises en charge par la CAMIEG.

Consultez votre Notice d'Information pour accéder à votre grille de garanties.

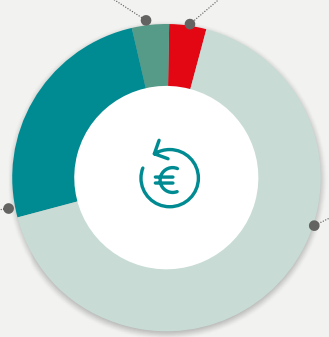
Franchise

Pour de nombreux actes, vous devez payer obligatoirement une franchise prélevée automatiquement sur votre remboursement CAMIEG.

Exemple : 2 € pour une consultation chez votre médecin traitant.

Reste à charge éventuel

Une partie des frais (hors franchise) peut rester à votre charge. En souscrivant une option, votre participation pourra être réduite, voire nulle.



Remboursement Crédit Agricole Assurances

PREDICA, filiale de Crédit Agricole Assurances, prend en charge tout ou une partie des frais restant à votre charge, conformément au contrat souscrit par votre entreprise.

Remboursement CAMIEG

La Sécurité sociale fixe une base de remboursement (BR) par acte médical et prend en charge un pourcentage de celle-ci.

Exemple : 70 % de 30 € (la base de remboursement) pour une consultation chez un médecin généraliste OPTAM [1] en respectant le parcours de soins courants.

Exemple d'une visite chez un médecin généraliste OPTAM [1] (60 €)

Remboursement CAMIEG	Remboursement Crédit Agricole Assurances [3]	Reste à charge
120% de 30 **€** - 2 **€ de franchise**	60% de 30 **€**	Frais réels [2] - remboursements
34**€**	18 **€**	8**€** (dont 2 **€ de franchise**)

ET POUR ALLER PLUS LOIN : UN DÉLAI DE TRAITEMENT RÉDUIT SUR LES POSTES QUI COMPTENT !

Nous nous engageons sur les durées moyennes maximales de traitements suivantes (hors délai bancaire) :

- **Avec télétransmission** : 24 heures après réception du flux ;
- **Sans télétransmission** :
  - 4 jours ouvrés pour les grands risques (optique, dentaire, audiologie, hospitalisation),
  - 6 jours ouvrés pour les petits risques (médecine douce, pharmacie, etc)."

Le **parcours de soins coordonnés** est un dispositif incitant l'assuré à consulter son **médecin traitant** avant tout autre praticien pour bénéficier d'un **remboursement maximal de ses soins**.

(1) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : dispositif permettant de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2.
(2) Frais avancé par l'assuré avant remboursement.
(3) Remboursement à hauteur de la couverture supplémentaire maladie de base. Le montant pourra varier si vous souscrivez à une option individuelle.

CHAPITRE 2
PRÉSENTATION DES COTISATIONS

Les cotisations de votre régime obligatoire CSM

La cotisation est fixée en pourcentage de votre rémunération principale limitée au Plafond annuel de la Sécurité sociale (à titre d'information, le Plafond annuel de la Sécurité sociale pour 2025 est de 47 100 € ; il est revalorisé au 1er janvier de chaque année).
Par rémunération principale, on entend la rémunération principale brute (hors rémunérations complémentaires), gratification de fin d'année dite « 13e mois » comprise, dans la limite du plafond de la Sécurité sociale que vous soyez recruté avant ou après le 1er septembre 2023.

La part salariale est fixée en fonction de votre situation de famille déclarée à la CAMIEG et à Crédit Agricole Assurances :

- Taux « famille » si vous avez un ou plusieurs ayant(s) droit CAMIEG,
- Taux « isolé » si vous n'avez pas d'ayant(s) droit CAMIEG.

Elle est directement prélevée sur votre paie.
L'employeur contribue à hauteur de 65 % à la cotisation totale.

Les cotisations mensuelles TTC sont acquittées par votre employeur et fixées de la façon suivante au 1er juillet 2025 :

Structure de cotisations [1]	Taux de cotisations total en % de la rémunération principale du salarié limitée au PSS [2]	Taux de cotisations – part patronale	Taux de cotisations – part salariale
Isolé	0,892%	0,580%	0,312%
Famille	1,637%	1,064%	0,573%

EXEMPLE
Vous vivez seul, votre rémunération principale mensuelle brute est de 2 000 €.

En 2025, La cotisation mensuelle prélevée sera de 17,84 € (0,892% x 2 000 €) dont 65% (11,60 €) pris en charge par votre employeur. Vous serez donc prélevé de 6,24 € sur votre bulletin de paie.
Pour une cotisation famille et un salaire de 2 000 €, le prélèvement sur le bulletin de paie sera de 11,01 €.

La cotisation est plafonnée annuellement
Quel que soit votre salaire, la cotisation salariale annuelle pour un salarié isolé est plafonnée en 2025 à 146,95€ et la cotisation famille à **269,83 €**.

Les invalides de 2e et 3e catégories dont les congés sont couverts par la prévoyance de branche, les salariés en congé de solidarité familiale, en congé de proche aidant ou en congé de présence parentale, sont couverts à titre gratuit par la couverture supplémentaire maladie.

BON À SAVOIR

La couverture supplémentaire maladie étant un dispositif collectif et obligatoire, la cotisation salariale est déductible de votre revenu imposable dans une certaine limite [3].

En revanche, la cotisation patronale est intégrée aux revenus imposables pour le calcul de l'impôt sur le revenu (IRPP).
Vous n'avez pas de démarche spécifique à accomplir au moment de votre déclaration de revenus. La déclaration faite par l'employeur aux services fiscaux en tient déjà compte et figure dans les premières lignes de votre bulletin de paie sous le nom de « Frais patronaux de santé ».

(1) À titre indicatif à la date d'impression du présent guide.
(2) PSS : Plafond de la Sécurité Sociale.
(3) Limite globale cumulée avec les cotisations patronales et salariales de prévoyance complémentaire : 5 % du PASS (soit 2 355 € en 2025) + 2 % de la rémunération annuelle brute, sans toutefois dépasser 2 % de 8 fois le PASS, soit 7 536 € en 2025).

CHAPITRE 2
PRÉSENTATION DES COTISATIONS (SUITE)

Les cotisations des options individuelles, à la charge du salarié

La cotisation de l'option individuelle est intégralement à votre charge et est directement prélevée sur votre compte bancaire.

L'adhésion à une option est facultative et vaut également pour vos ayants droit : le montant de la cotisation famille associée fera l'objet d'un prélèvement mensuel sur votre compte bancaire.

	Les options de votre CSM		
Tarifs mensuels TTC - 2025			
Option	SELECT	MEDIUM	PREMIUM
Isolé	4,95 €	19,49 €	27,98 €
Famille	8,16 €	32,16 €	46,17 €

Ces montants comprennent les **frais de gestion, indexés à** l'évolution **du plafond mensuel de la Sécurité sociale**[1], ainsi que les **chargements** d'assurance **et les taxes à la cotisation nette contractuelle**.

(1) Dans la limite d'une augmentation de 5% par an.

CHAPITRE 3
L'APPLICATION CRÉDIT AGRICOLE «SANERGI IEG MA SANTÉ »

Votre allié santé au quotidien

L'application mobile et l'espace web vous permettent d'effectuer vos démarches en quelques clics :

ÊTRE ACTEUR DE VOTRE SANTÉ AU QUOTIDIEN

- Envoyez vos factures et justificatifs
- Suivez vos remboursements
- Gérez votre contrat et vos bénéficiaires
- Consultez vos garanties

DES SERVICES À PORTÉE DE MAIN

- Pour le quotidien
- Dans les moments qui comptent
- Pour affronter les instants difficiles

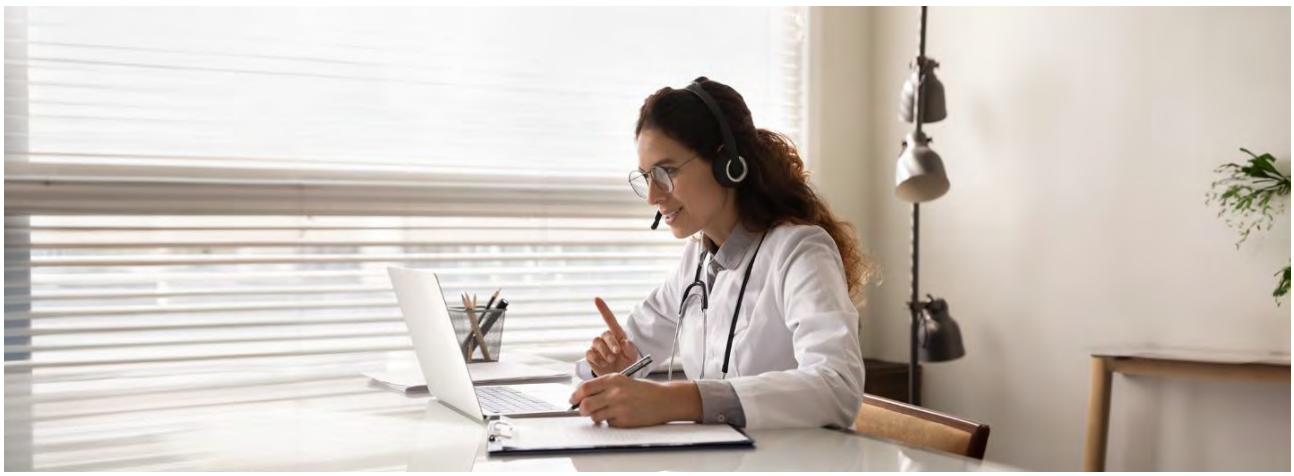
COMMENT FAIRE POUR ACCÉDER À SANERGI IEG MA SANTÉ ?

Vous avez effectué votre adhésion en ligne : **téléchargez l'application sanergi IEG** Ma Santé ou connectez-vous sur espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr, et accédez à votre espace avec votre numéro d'adhérent et mot de passe personnalisé.

Vous n'avez jamais créé votre profil : cliquez sur le bouton "Première connexion".

Vous avez oublié vos identifiants : cliquez sur "Identifiant ou mot de passe oublié ?"

CHAPITRE 4
NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN



Échanger avec un professionnel de santé à distance et à tout moment.

Accès à une consultation médicale réalisée avec un médecin généraliste, un dermatologue, un psychologue ou une sage-femme [1].

Accédez à de nombreux praticiens

- Médecins généralistes, Dermatologues.
- Spécialistes de santé :

Psychologue, Sage-femme.

Consultation à distance accessible

- Par téléphone [2]
- Par visioconférence
- Par chat

Rappel sous 30 minutes ou prise de rendez-vous

- Accessible en illimité
- 24h/24, 7j/7

Sans avance de frais

Une équipe médicale dédiée et des professionnels de santé basés en France

Dans le respect du secret médical

(1) La consultation d'un médecin à distance n'est possible que si le médecin traitant n'est pas disponible. Certains motifs de consultation sont exclus (troubles psychiatriques, demandes de certificats médicaux et arrêt de travail, renouvellement d'ordonnance, prescription d'imagerie ou d'examens de biologie, consultation pour un enfant mineur sans la présence d'un parent, consultation pour un enfant de moins de 12 mois, prescription d'un traitement médicamenteux de plus d'une semaine, remplacement du médecin traitant pour un suivi de pathologie chronique ou de grossesse.). Rendez-vous selon la disponibilité des praticiens.
(2) Appel gratuit, numéro non surtaxé.

Service assuré par Europ Assistance inclut dans le contrat de Crédit Agricole Assurances.

EUROP ASSISTANCE - S.A, société anonyme au capital de 48 123 637 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

CHAPITRE 4
NOS SERVICES SANTÉ POUR VOTRE QUOTIDIEN (SUITE)

Des conseils santé personnalisés pour prendre soin de soi

Selon les recommandations de santé publique, nous réalisons une prévention personnalisée en lien avec l'âge. Nous vous informons ainsi des différents vaccins, dépistages, examens et consultations à réaliser pour rester en bonne santé. Réalisez un bilan de prévention personnalisé avec un(e) infirmier(ère) sur rendez-vous, du lundi au samedi de 8H à 20H. Rendez-vous dans l'application sanergi IEG Ma Santé ou contactez le 09 69 32 10 71.

Un accès facilité à une assistance paramédicalisée en cas de besoin

A la suite d'une consultation médicale (à distance, ou non), prenez rendez-vous à domicile avec un professionnel de santé (infirmier, kinésithérapeute ou sage-femme). Une demande en 5 minutes et une réponse en moins de 2h.

Des professionnels de santé proches de chez vous

Nos partenaires vous permettent de bénéficier de tarifs préférentiels sur de nombreux soins, assurent la traçabilité et la qualité des équipements. Géolocalisez les partenaires directement sur sanergi IEG Ma Santé.

Carte blanche partenaires

UN PRATICIEN PARTENAIRE PRÈS DE VOTRE DOMICILE

DES TARIFS PRÉFÉRENTIELS

LES + DU RÉSEAU OPTIQUE AVEC L'OFFRE PRYSME [1]

- Un équipement optique sans reste à charge
- Un accès à des lunettes de qualité, disponible chez plus de 7 700 opticiens partenaires
- Des montures modernes et raffinées (gamme "1796", Naf Naf, Kaporal)
- Des verres de haute qualité issus de cinq verriers de renom (Carl Zeiss Vision, Essilor, Hoya, Nikon, Seiko)
- Des traitements et technologies premium qui vont au-delà du 100% Santé

LES + DU RÉSEAU DENTAIRE

- Des tarifs encadrés
- Une qualité des soins garantie (collaboration avec l'UFSBD)
- La traçabilité des prothèses

(1) Offre préférentielle proposée par les opticiens partenaires du réseaux Carte Blanche.

PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, filiale de Crédit Agricole Assurances -S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934935 euros -Siège social : 16-18 Boulevard de Vaugirard, 75015 Paris, SIREN 334 028 123 RCS Paris.

CHAPITRE 5
NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS

Un conseiller vous accompagne tout au long de votre hospitalisation [1]

Vous rassurer
Nous vous confirmons votre demande de prise en charge en vue d'une hospitalisation programmée.

Vous accompagner
Nous vous précisons le remboursement auquel vous avez droit ainsi que les différentes démarches à effectuer.

Vous assister
Nous vous informons des services d'assistance en vous donnant les contacts pour en bénéficier.

Une assistance selon votre situation [1]

Crédit Agricole Assurances vous accompagne selon votre situation, découvrez les différents cas possibles et les aides attribuées [2].

Vous êtes hospitalisé(e) en ambulatoire et devez rester immobilisé(e) au moins 5 jours consécutifs.

Vous êtes hospitalisé(e) plus de 24 heures et êtes immobilisé(e) au moins 5 jours consécutifs.

Services et aide à domicile
Jusqu'à 9 heures de travaux ménagers (repassage, ménage, aide à la préparation des repas). Aide aux soins du quotidien (hors soins médicaux) par un(e) auxiliaire de vie.

Transport, hébergement et services de livraison
Transport de l'assuré et d'un proche à l'hôpital, hébergement pour le proche. Transport retour de l'assuré à son domicile. Livraison de courses, médicaments et matériel médical.

Accompagnement et transport des enfants
Garde à domicile des enfants. Transports des enfants chez un proche, à l'école ou pour leurs activités extra-scolaires. Aide aux devoirs ou aide pédagogique de l'enfant dont le parent est en situation d'affection longue durée.

Assistance aux ascendants
Accompagnement des ascendants
dépendants à charge par une auxiliaire de vie (actes de la vie quotidienne).

Accompagnement des animaux de compagnie
Garde en pension complète chez un professionnel ou transfert chez un proche.

Vous souffrez d'une Affection Longue Durée ?
Recevez une assistance renforcée lors de votre hospitalisation

Après une évaluation de votre situation personnelle et des besoins identifiés, des prestations personnalisées pour faciliter votre quotidien vous seront conseillées et proposées.

(1) Service assuré par Europ Assistance inclut dans le contrat de Crédit Agricole Assurances.
(2) Selon les conditions prévues dans la notice d'information

EUROP ASSISTANCE - S.A, société anonyme au capital de 48 123 637 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

CHAPITRE 5
NOS SERVICES DANS LES MOMENTS QUI COMPTENT POUR VOUS (SUITE)

Deuxième avis, un service dédié à vos décisions de santé

Pour vous rassurer, obtenez un second avis médical. Vous vous posez des **questions suite au diagnostic** d'une **maladie** et vous souhaitez obtenir un nouvel éclairage ?

Le service **deuxième avis médical** vous permet d'obtenir un **avis hautement spécialisé** auprès d'un médecin expert sans vous déplacer en moins de 7 jours.

+ de 400 experts de santé

+ de 800 maladies couvertes

Pour des maladies graves ou rares

Par des spécialistes de référence dans la pathologie

À distance et de manière **sécurisée via l'application** sanergi IEG Ma Santé

Un parcours simple, pour vous concentrer sur **l'essentiel**

1. Rendez-vous sur votre espace sécurisé Ma Santé > Ma Sphère Médicale > Deuxième avis médical
2. Indiquez votre pathologie et choisissez parmi les médecins experts référencés
3. Complétez un questionnaire personnalisé et transmettez votre dossier médical de manière sécurisée
4. Un médecin expert étudie votre dossier et rend un avis sous 7 jours. Avec votre accord, l'avis peut être envoyé à votre médecin traitant.

CHAPITRE 6
NOS SERVICES POUR VOUS AIDER À AFFRONTER LES DIFFICULTÉS

Un accompagnement complet en cas de décès [1]

Pour vous apporter une aide personnalisée en cas de décès (salariés, conjoints, enfants), dans les démarches ainsi que dans « l'après ».

Dans l'organisation des obsèques

Accompagnement dans la relation avec les pompes funèbres

Dans les démarches administratives

Recensement de l'ensemble des démarches à effectuer

Dans l'accompagnement « après »

Espace de partage numérique et sécurisé

Conseillers à l'écoute et disponibles

Aide aux aidants, un soutien pour un quotidien plus serein

Vous vous occupez d'un proche dépendant ? Avec Crédit Agricole Assurances, vous n'êtes pas seuls. Nous sommes à vos côtés pour vous épauler.

Orientation

- Bilan situationnel par un assistant social
- Conseil social pour répondre aux questions sur le statut, les droits et démarches de l'aidant

Prévention

- Coaching préventif pour préserver la santé de l'aidant
- Formation par un auxiliaire de vie

Prise en charge

- Aide à la recherche d'un établissement spécialisé
- Soutien psychologique

Fonds de solidarité, une aide financière pour vous accompagner

Le Fonds de solidarité des IEG est destiné à soutenir les bénéficiaires de la couverture supplémentaire maladie par des actions sociales individuelles en cas de difficultés sociales ou économiques. Cela inclut des aides financières exceptionnelles, pour des dépenses de santé nécessaires ou liées à un handicap.

Des aides sur les frais de santé

Un soutien financier en cas de difficultés pour assumer le reste à charge de dépenses de santé.

Des aides en cas de handicap et des aides à la famille

Aide à l'autonomie en cas de handicap et amélioration de la qualité de vie en cas de handicap.
Accompagner les familles en difficulté.

Un relai d'écoute et orientation sociale

Nos conseillers vous écoutent, vous informent et vous orientent vers d'éventuelles autres aides sociales.

(1) PREVISEO Obsèques, Service d'assistance Funéraire du Crédit Agricole, SA au capital de 500 000 € - 409 463 866 RCS Paris. 16-18 bd Vaugirard 75015 Paris - Habilitation Funéraire N° 21-75-244 - Tél. : 08 00 05 05 04 - Fax : 01 40 25 55 99.
PREDICA, entreprise régie par le Code des assurances, filiale de Crédit Agricole Assurances -S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934935 euros -Siège social : 16-18 Boulevard de Vaugirard, 75015 Paris, SIREN 334 028 123 RCS Paris.

CHAPITRE 7
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ

La télétransmission NOEMIE

Qu'est-ce que la télétransmission ?

C'est un échange de flux informatiques entre la CAMIEG et votre CSM. Cela permet notamment de transmettre vos décomptes santé de la CAMIEG vers votre CSM sans échange de papier.

Comment savoir si la télétransmission est active ?

Pour savoir si la télétransmission est active entre la CAMIEG et votre Centre de Gestion, il suffit de regarder sur l'un de vos décomptes santé de la CAMIEG s'il est bien mentionné « Ce décompte a été transmis à votre couverture supplémentaire maladie » (ou toutes autres formules approchantes) ou via votre espace personnel sur Ameli.fr. Si la télétransmission ne fonctionne pas et que vous souhaitez la mettre en place, n'hésitez pas à contacter votre Centre de Gestion [1].

Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant vous permet d'être dispensé(e) de l'avance de vos frais de santé, dans la limite de l'accord conclu entre l'organisme et le professionnel de santé. C'est la CAMIEG et/ou la CSM qui règle directement le professionnel de santé.

Comment bénéficier du tiers payant ?

Pour bénéficier du tiers payant sur la prestation CSM, vous devez présenter votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé qui adressera une demande de prise en charge à votre centre de gestion.

OPTIQUE	DENTAIRE	APPAREILLAGE - MATÉRIEL MÉDICAL, AIDE AUDITIVE
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 respectivement minorées ou majorées de façon à respecter les plafonds et planchers fixés pour les contrats responsables.	Couronnes ou stellites provisoires, parodontologie, implants, autres actes non pris en charge par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature [2] : adressez au centre de gestion la facture nominative acquittée indiquant le détail de la codification, l'acte pratiqué et le numéro de la dent soignée.	Pour bénéficier du tiers payant sur le remboursement CSM, vous devez présenter votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé qui adressera une demande de prise en charge au centre de gestion.

LE TIERS PAYANT TOTAL VOUS ÉVITE D'AVANCER VOS FRAIS DE SANTÉ ET SIMPLIFIE VOS DÉMARCHES ADMINISTRATIVES.

Renseignez-vous auprès de votre professionnel de santé pour connaitre les modalités de tiers payant que le professionnel de santé propose.

BON À SAVOIR

Pour connaître le montant de votre remboursement, pensez à demander des devis auprès des professionnels de santé et à les transmettre à votre Centre de Gestion via l'application sanergi IEG Ma Santé ou via votre espace web espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr (rubrique « envoyer un devis »).
Le Centre de Gestion peut être amené à demander les documents originaux.

(1) Coordonnées transmises en page 28 de ce guide ou sur l'application sanergi IEG Ma Santé.
(2) Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux dont la Sécurité sociale assure le remboursement sur la base d'un tarif ou d'une cotation prédéterminée.

CHAPITRE 7
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS DE VOS FRAIS DE SANTÉ (SUITE)

Liste des pièces justificatives à fournir

	PIÈCES JUSTIFICATIVES	
	Avec télétransmission	**Sans télétransmission**
Séjours Hospitaliers	Bordereau de facturation acquitté **ou** Avis des sommes à payer	Bordereau de facturation acquitté **ou** Avis des sommes à payer **+** Décompte de la CAMIEG
Consultations	-	Décompte de la CAMIEG
Laboratoire et radiologie	Facture acquittée pour les analyses hors nomenclature	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Médicaments non remboursés	-	Ordonnance du médecin + Facture acquittée
OPTIQUE		
Verres et monture	Facture acquittée + Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée **+** Copie des prescriptions médicales (en cas de changement de correction)
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Lentilles de contact correctrices, non remboursées par la Sécurité sociale	-	Copie de l'ordonnance de l'ophtalmologiste de moins de 3 ans **+** Facture originale acquittée
Chirurgie réfractive	-	Facture originale acquittée
DENTAIRE		
Soins dentaires	-	Décompte de la CAMIEG
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale [1]	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale [1]	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Implants [1]	-	Facture originale acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués et le numéro des dents + Devis
AUTRES SOINS		
Matériel médical	Facture acquittée	Décompte de la CAMIEG + Facture acquittée
Cures thermales	Facture acquittée de l'établissement thermal + Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)	Facture acquittée de l'établissement thermal **+** Décompte de la CAMIEG **+** Facture acquittée des frais de transport et d'hébergement (avec numéro du bailleur)
Médecine douce et Psychologue (hors dispositif Mon Psy)	-	Facture acquittée

DANS LE CAS OÙ DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SONT À RÉGLER SANS TÉLÉTRANSMISSION NOÉMIE

Si le praticien ou l'établissement de santé ne télétransmet que les soins sans dépassement et s'il vous facture à part les dépassements d'honoraires sans procéder à la télétransmission, utilisez l'application sanergi [IEG] Ma Santé pour réaliser votre demande de remboursement et téléchargez la photo de votre facture et/ou de votre décompte.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS

TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties de la couverture supplémentaire maladie du présent contrat interviennent en complément des garanties prévues par le Régime spécial d'assurance maladie des IEG géré par la CAMIEG (prestations du régime obligatoire).
Toutes les garanties, obligatoires et facultatives, prennent effet sans délai de carence.

Garanties Hospitalisation

EXEMPLE
Pour des honoraires de médecins non OPTAM, la CAMIEG intervient à hauteur de 300% BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

- 0 % BR sur le régime de base CSM
- De +80% à +120% BR avec l'option Select
- De +80% à +120% BR avec l'option Medium
- De +180% à +220% BR avec l'option Premium

Pour connaître votre remboursement total, il conviendra d'additionner les montants de la colonne CAMIEG et de la colonne du contrat CSM (si vous n'avez que la CSM sans option), ou d'additionner les montants de la colonne CAMIEG et de la colonne CSM + option Select ou Medium ou Premium selon la garantie que vous avez souscrit.

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
HOSPITALISATION						
Forfait hospitalier journalier	FR / Jour	-	100%	100%	100%	100%
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 €[1] par an et par bénéficiaire dans les établissements non conventionnés	BR / Acte	100% Honoraires : 300%	100%	160% Honoraires : 200%	200%	300%
Honoraires de médecins non signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	BR / Acte	300%	-	+80% / +120%	+80% / +120%	+180% / +220%
• Franchise hospitalière (actes lourds)	FR / Acte	100%	-	-	-	-
• Forfait Patient Urgence	FR / Acte	100%	-	-	-	-
• Forfait parcours coordonnés renforcés	FR / Acte	100%	-	-	-	-
• Chambre particulière (maternité limité à 8 jours)	PMSS / Nuit	-	3%	3%	3,10%	3,60%
• Chambre particulière en ambulatoire	PMSS / Jour	-	1,12%	1,25%	2,50%	3,10%
• Frais d'accompagnement (sans limitation de durée - enfant -16 ans)	PMSS / Jour	-	1,00%	1,25%	2,50%	3,00%

(1) La limite ne concerne pas les établissements conventionnés.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Soins courants

EXEMPLE
Pour une consultation spécialiste non OPTAM, la CAMIEG intervient à hauteur de 120% BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

- +80 % BR sur le régime de base CSM
- +280% BR avec l'option Select
- +280% BR avec l'option Medium
- +350% BR avec l'option Premium

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
HONORAIRES MÉDICAUX						
CONSULTATIONS, VISITES ET SOINS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES						
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	60%	100%	160%	250%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	40%	80%	140%	250%
CONSULTATIONS, VISITES ET SOINS POUR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES						
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	300%	300%	350%
– Médecin non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	80%	280%	280%	350%
RADIOLOGIE						
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	160%	160%	220%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	80%	130%	130%	180%
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX						
– Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	100%	160%	160%	220%
– Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	BR / Acte	120%	80%	130%	130%	180%

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Soins courants (SUITE)

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
MÉDICAMENTS						
MÉDICAMENTS PRESCRITS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
– Médicaments à service médical rendu majeur ou important	BR / Acte	100%	-	-	-	-
– Médicaments à service médical rendu modéré	BR / Acte	100%	-	-	-	-
– Médicaments à service médical rendu faible	BR / Acte	100%	-	-	-	-
MÉDICAMENTS PRESCRITS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
– Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	PMSS / Acte	-	1,75%	1,75%	2,75%	2,75%
– Moyens de contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale : Pilules de 3e et 4e générations	PMSS / An	-	1,75%	1,75%	2,75%	2,75%
MATÉRIEL MÉDICAL						
– Grands et petits appareillages remboursés par la Sécurité sociale (Orthèses, prothèses médicales, prothèses	BR / Acte	120% / 190% 210% / 290%	100%	100%	200%	300%
– Pansements	BR / Acte	120%	40%	80%	190%	240%
– Véhicule pour personne handicapée pris en charge par la Sécurité sociale	PMSS / An	250% BR	+90% PMSS	+90% PMSS	+95% PMSS	+100% PMSS
Honoraires paramédicaux	BR / Acte	120%	50%	90%	120%	190%
Analyses et examens de laboratoire	BR / Acte	120%	50%	90%	120%	190%
Transport	BR / Acte	100%	-	-	-	-
Analyse hors nomenclature	PMSS / An	-	0,70%	0,70%	1,00%	1,50%
Séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-	-	-
Activités de télésurveillance médicale remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	100%	-	-	-	-

BON À SAVOIR

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.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Optique (Les forfaits des équipements incluent le remboursement de la Sécurité sociale)

EXEMPLE
Pour une monture Adulte Hors 100% Santé, la CAMIEG intervient à hauteur de 35 €. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

- +65 € sur le régime de base CSM
- +65 € avec l'option Select
- +115 € avec l'option Medium
- +115 € avec l'option Premium

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ [1]						
– Monture	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
– Verres	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
– Prestation d'appairage	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
– Prestation d'adaptation	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ [1] – ADULTE						
– Monture	Euros / Monture	35 €	65 €	65 €	115 €	115 €
– Verre simple [2]	Euros / Verre	50 €	Voir grille	Voir grille	Voir grille	Voir grille
– Verre complexe [2]	Euros / Verre	124 €				
– Verre hypercomplexe [2]	Euros / Verre	185 €				
– Prestation d'appairage	BR / Acte	120%	-	-	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ [1] - ENFANT						
– Monture	Euros / Monture	77 €	23 €	23 €	73 €	73 €
– Verre simple [2]	Euros / Verre	43 €	Voir grille	Voir grille	Voir grille	Voir grille
– Verre complexe [2]	Euros / Verre	103 €				
– Verre hypercomplexe [2]	Euros / Verre	197 €				
– Prestation d'appairage	BR / Acte	120%	-	-	-	-
AUTRES						
– Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale [3]	PMSS / An	705% BR	+1,5% PMSS	+1,5% PMSS	+2,5% PMSS	+3,5% PMSS
– Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale [4]	PMSS / An	Adulte 92,30 € Enfant 151,20 €	7,35%	7,35%	9,85%	11,85%
– Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) y compris chirurgie intraoculaire	PMSS / œil / An	-	32%	32%	34%	37%

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite des prix de vente au public.
(2) Selon la définition des Conditions Générales et de la Notice d'Information.
(3) Prise en charge par la CAMIEG (RC) à hauteur du TM pour les lentilles remboursables après consommation du forfait.
(4) Ce forfait intègre l'adaptation des lentilles non prises en charge.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Dentaire

EXEMPLE

Pour une prothèse dentaire remboursée par la Sécurité Sociale, la CAMIEG intervient à hauteur de 495 % BR. Selon le niveau de garanties que vous avez souscrit, votre remboursement complémentaire (en complément de la CAMIEG) s'élève à :

- +150 % BR sur le régime de base CSM
- +150% BR avec l'option Select
- +200% BR avec l'option Medium
- +300% BR avec l'option Premium

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTE[1]						
– Soins	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
– Prothèses	FR / Acte	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
SOINS ET PROTHÈSES HORS 100% SANTE[1]						
SOINS - PANIER RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ ET PANIER LIBRE[1]						
– Consultations et soins dentaires (y compris prévention, chirurgiens- dentistes, détartrage, scellement des sillons et radiologie dentaire hors stomatologie)	BR / Acte	120%	100%	150% (Radiologie dentaire 140%)	150%	250%
– Consultations et soins dentaires (Stomatologie)	BR / Acte	120%	100%	150%	150%	250%
– Inlay onlay	BR / Acte	120%	230%	230%	230%	250%
PROTHÈSES - PANIER RESTE À CHARGE MAÎTRISÉ ET PANIER LIBRE [1]						
– Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	BR / Acte	495%	150%	150%	200%	300%
– Couronne sur implant	BR + PMSS / Acte	495% BR	+10,5% PMSS Maximum 5 par an et par bénéficiaire	+10,5% PMSS Maximum 5 par an et par bénéficiaire	+13% PMSS Maximum 5 par an et par bénéficiaire	+15,5% PMSS Maximum 5 par an et par bénéficiaire
– Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	BRR / Acte	-	150%	150%	250%	300%
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES						
– Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	BR / Semestre	360%	200%	200%	250%	300%
– Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	BRR / Semestre	-	300%	300%	450%	600%

(1) Tels que définis réglementairement dans la limite des prix de vente au public.
Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier Reste à charge maitrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation fixés.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Dentaire (SUITE)

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 1 à 2 dents	PMSS / Acte	-	2%	2%	3%	4%
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : 3 dents	PMSS / Acte	-	4%	4%	6%	7%
– Couronnes ou stellites provisoires non prises en charge par la Sécurité sociale : par dent supplémentaire	PMSS / Acte	-	1%	1%	2%	3%
– Implantologie : maximum 5 par année civile et par bénéficiaires [1]	PMSS / Acte	-	20%	20%	25%	30%
– Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale [2]	PMSS / An	-	8,40%	8,40%	10,40%	12,40%
– Autres actes codifiés (en référence à la CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels	FR / Acte	-	30% FR limités à 500€ / An / Bénéficiaire	30% FR limités à 500€ / An / Bénéficiaire	35% FR limités à 525€ / An / Bénéficiaire	45% FR limités à 575€ / An / Bénéficiaire

Garanties Aides auditives

	Assiette	Régime CAMIEG (Régime Obligatoire + Régime Complémentaire)	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ						
– Aide auditive	FR / Oreille	Prise en charge intégrale	-	-	-	-
ÉQUIPEMENTS HORS 100% SANTÉ						
– Aide auditive pour les assurés jusqu'à leur 20e anniversaire	Euros / Oreille	1 700 €	-	-	-	-
– Aide auditive pour les assurés au-delà du 20e anniversaire	Euros / Oreille	1 700 €	-	-	-	-
– Forfait annuel pour accessoires (piles, écouteurs, embouts, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale	BR / Acte	120% BR	+1,4% PMSS	+1,4% PMSS	+2,4% PMSS	+3,4% PMSS

(1) 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 »

(2) Prise en charge pour le curetage, le surfaçage radiculaire et la gingivectomie.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

Garanties Autres soins

	Assiette	Régime CAMIEG	Contrat CSM	CSM + Option Select	CSM + Option Medium	CSM + Option Premium
MÉDECINE DOUCE						
– Séances d'ostéopathe, acupuncteur, d'étiopathe, de chiropracteur, (Uniquement praticiens rattachés à une fédération reconnue)	Euro / Séance limité en séance / An	-	60 € / séance limité à 6 séances / An dans la limite de 90% FR	60 € / séance limité à 6 séances / An dans la limite de 90% FR	60 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire	80 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire
- Consultations de psychologies	Euro / Séance limité en séance / An	-	50 € / séance limité à 6 séances / An	50 € / séance limité à 6 séances / An	50 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire	60 € / séance limité à 12 séances / An / bénéficiaire
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
– Honoraires, Transport et Hébergement	PMSS / An	120% BR	8%	8%	12%	12%
Ostéodensitométrie	PMSS / An	120% BR	2,80%	2,80%	4,30%	4,30%
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)	BR / Acte	100%	-	-	-	-
PACK PRÉVENTION ANNUEL INCLUANT :						
- Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - Dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - Bilan de langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer ; - Test Hémoccult, tensiomètres prescrits par un médecin	PMSS / An	-	3,85%	3,85%	5,35%	5,35%
SERVICES						
– Réseau de soins	Carte Blanche	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
– Assistance	Europ assistance	-	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

FR : Frais Réels / Il s'agit de la dépense totale engagée ;

BR : Base de Remboursement / Il s'agit d'un montant fixé par la Sécurité sociale servant de référence aux remboursements (Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM)

BRR : Base de Remboursement Reconstituée / Il s'agit d'un montant reconstitué servant de référence au remboursement pour les actes sans BR dans la CCAM

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Il s'agit d'un montant fixé chaque année par décret

- Le cumul des remboursements (CAMIEG : Régime de Base et Régime Complémentaire (RC) 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.

CHAPITRE 8
DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS (SUITE)

GRILLE OPTIQUE

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

Grille optique CSM pour les adultes (+18 ans)

Sphère	Unifocaux Cylindre			Multifocaux et progressifs Cylindre		
	0	0,25-4	4,25 et +	0	0,25-4	4,25 +
0-2	35,00 €	55,00 €	94,00 €	110,00 €	156,00 €	156,00 €
2,24-4	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 les enfants (-18 ans)

Sphère	Unifocaux Cylindre			Multifocaux et progressifs Cylindre		
	0	0,25-4	4,25 et +	0	0,25-4	4,25 +
0-2	53,00 €	66,00 €	123,00 €	173,00 €	192,00 €	192,00 €
2,24-4	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

CHAPITRE 9
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

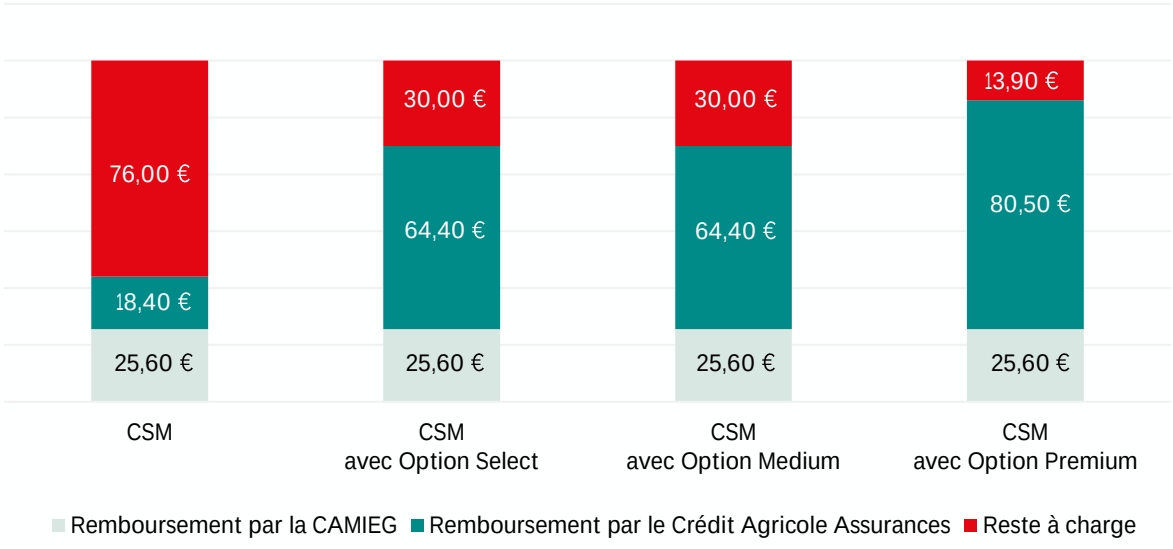
Comment interpréter les chiffres ?

Vous bénéficiez de la couverture supplémentaire maladie et vous souhaitez connaitre les avantages des options en complément des remboursements prévus par votre contrat santé.

Les options SELECT, MEDIUM et PREMIUM vous permettent de réduire votre éventuel reste à charge après intervention de la couverture supplémentaire maladie.

SOINS COURANTS

Remboursement d'une consultation chez un spécialiste Non OPTAM [1]
dans le respect du parcours de soins coordonnés (120 **€)**

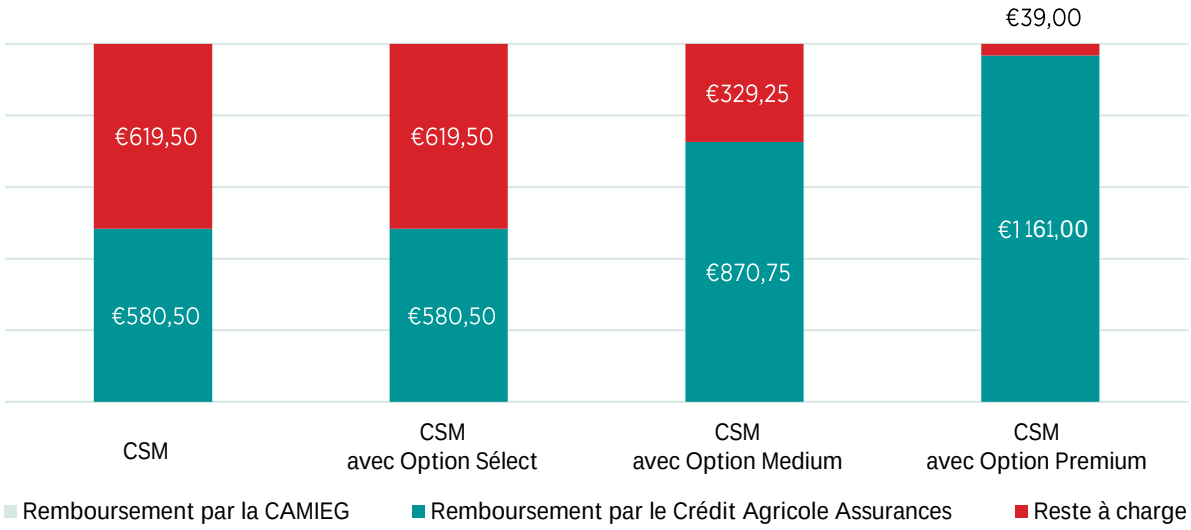


(1) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : dispositif permettant de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 adhérents.

CHAPITRE 9
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (SUITE)

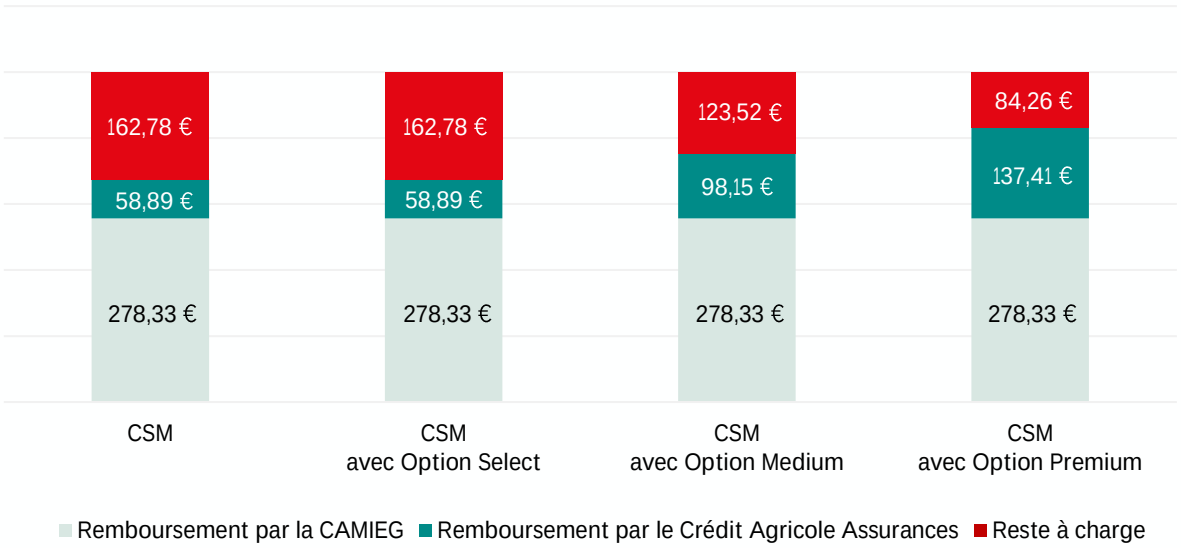
DENTAIRE

Remboursement de l'orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale (1 200 €)



OPTIQUE

Remboursement des lentilles [1] (500 €)



LES + DU RESEAU OPTIQUE ET DENTAIRE AVEC CARTE BLANCHE

- Garanties : 2 ans pour la casse verres/montures, 6 mois pour l'adaptation des verres progressifs, 2 ans pour le traitement anti reflet, 3 mois pour l'adaptation et la déchirure des lentilles.
- Tarifs préférentiels sur les verres jusqu'à -30%
- + de 8 000 opticiens dans toute la France

(1) Lentilles remboursées par la Sécurité sociale.

CHAPITRE 9

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT (SUITE)

	Dépense (Frais Réels)	Remboursement CAMIEG	Remboursement Crédit Agricole Assurances			
			CSM	CSM + SELECT	CSM + MEDIUM	CSM + PREMIUM
HOSPITALISATION						
Opération Chirurgie Non OPTAM [1] *(Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou Code CCAM NFMC003 BR : 453,95 €)*	1 600 €	1361,85 €	0,00 €	238,15 €	238,15 €	238,15 €
▶ Votre reste à charge	-	238,15 €	238,15 €	-	-	-
Chambre particulière	110 €	-	110 €	110 €	110 €	110 €
▶ Votre reste à charge	-	110 €	-	-	-	-
SOINS COURANTS [3]						
Généraliste : honoraires Non OPTAM [1] *(BR [2] 23€)*	80 €	25,60 €	9,20 €	18,40 €	32,20 €	52,40 €
▶ Votre reste à charge	-	54,40 €	45,20 €	36,00 €	22,20 €	2,00 €
Généraliste : honoraires OPTAM [1] *(BR [2] 30€)*	50 €	34 €	14 €	14 €	14 €	14 €
▶ Votre reste à charge	-	16,00€	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €
Spécialiste : honoraires Non OPTAM [1] *(BR [2] 23€)*	120 €	25,60 €	18,40 €	64,40 €	64,40 €	80,50 €
▶ Votre reste à charge	-	94,40 €	76,00 €	30,00 €	30,00 €	13,90 €
Spécialiste : honoraires OPTAM [1] *(BR [2] 32€)*	60 €	36,40 €	21,60 €	21,60 €	21,60 €	21,60 €
▶ Votre reste à charge	-	23,60 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €	2,00 €
DENTAIRE						
Prothèses dentaires panier libre *(BR [2] 120€)*	1 000 €	594,00 €	180,00 €	180,00 €	240,00 €	360,00 €
▶ Votre reste à charge	-	406,00 €	226,00 €	226,00 €	166,00 €	46,00 €
Orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale	1 200 €	-	580,50 €	580,50 €	870,75€	1 161,00 €
▶ Votre reste à charge	-	1 200,00 €	619,50 €	619,50 €	329,25 €	39,00 €
Implantologie	1 200€	-	785,20 €	785,20 €	981,50 €	1 177,80 €
▶ Votre reste à charge	-	1 200€	414,80 €	414,80 €	218,50 €	22,20 €
OPTIQUE [4]						
Monture	150 €	35,03 €	65,00 €	65,00 €	114,97 €	114,97 €
▶ Votre reste à charge	-	114,97 €	49,97 €	49,97 €	-	-
Verre simple *(classe B, Sphère 0-2 et Cylindre 0,25-4)*	125 €	50,03 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €	55,00 €
▶ Votre reste à charge	-	74,97 €	19,97 €	19,97 €	19,97 €	19,97 €
Verre complexe *(classe B, Sphère 2,25-4 et Cylindre 0,25-4)*	290 €	124,03 €	156,00 €	156,00 €	156,00 €	156,00 €
▶ Votre reste à charge	-	165,97 €	9,97 €	9,97 €	9,97 €	9,97 €
Chirurgie de l'œil	1 500 €	-	1 256,32€	1 256,32 €	1 334,84 €	1 452,62 €
▶ Votre reste à charge	-	1 500,00 €	243,68 €	243,68 €	165,16 €	47,38 €
Lentilles *(remboursées par la Sécurité sociale)*	500 €	278,33 €	58,89 €	58,89 €	98,15 €	137,41 €
▶ Votre reste à charge	-	221,67 €	162,78 €	162,78 €	123,52 €	84,26 €
AUTRES SOINS						
Consultation ostéopathie	65 €	-	58,50 €	58,50 €	60,00 €	65,00 €
▶ Votre reste à charge	-	65,00 €	6,50 €	6,50 €	5,00 €	-

(1) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : dispositif permettant de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2.
(2) BR : Base de remboursement de la sécurité sociale ; PMSS 2025 : 3 925 €.
(3) En respectant le parcours de soins coordonné.
(4) Sous condition de respect des fréquences de renouvellement.

CHAPITRE 10
DÉFINITION DE VOS AYANTS DROIT

BON À SAVOIR

Votre conjoint et vos enfants affiliés au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) bénéficient de la couverture supplémentaire maladie [1].

Le conjoint

Est considéré comme bénéficiaire [2] :

LE CONJOINT MARIÉ | LE PARTENAIRE DE PACS | LE CONCUBIN | LE CONJOINT SÉPARÉ

Affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) sous conditions de ressources.

Les enfants

Sont considérés comme bénéficiaires [2] :

Enfant célibataire âgé de 26 ans au plus ; enfant de l'assuré, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire de PACS, obtient le bénéfice des garanties se poursuivant jusqu'à la fin de l'année civile de son 26ème anniversaire.

Enfant, âgé de plus de 16 ans, de l'assuré et ceux du conjoint, de son conjoint séparé ou partenaire de PACS ou de son concubin atteint **d'un** handicap médicalement reconnu avant son 21ème anniversaire.

Enfant, âgé de plus de 16 ans, de l'assuré et ceux du conjoint, ou partenaire de PACS ou de son concubin, si les enfants sont orphelins partiels de **l'ayant** droit ou handicapés ou **s'ils** perçoivent une pension d'un autre régime ou l'Allocation Adulte Handicapé.

Affiliés au régime spécial d'assurance maladie des IEG (CAMIEG) sous conditions de ressources.

(1) Les ressources annuelles des ayants droit doivent être inférieures ou égales à 1 560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence.
(2) Retrouvez les dispositions complètes au sein de votre Notice d'Information.

CHAPITRE 11
MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE RADIATION DE VOS AYANTS DROIT

Comment ajouter ou radier un ayant droit ?

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ AJOUTER UN AYANT DROIT…			
Lors de votre adhésion au régime obligatoire	Au moment de l'adhésion de l'assuré	À la date d'entrée sur le régime obligatoire	**Sur le portail de primo-adhésion**
Au lendemain de la radiation de votre ancien contrat	Dans les 30 jours qui suivent la date de radiation	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	**Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via votre espace personnel Ma Santé** Demande à compléter selon les cas : • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. **… cf. Notice d'information**
À la suite d'un évènement (mariage, naissance, divorce, autres) **cf. Notice d'information**	Dans les 6 mois suivant l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif) À défaut de demande dans les 6 mois de l'évènement, date d'effet au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande.	
VOUS SOUHAITEZ RADIER UN AYANT DROIT…			
À la suite d'un évènement (divorce, décès, conditions de couverture CAMIEG non remplies, affiliation de l'ancien ayant droit à une couverture propre) **cf. Notice d'information**	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le jour de l'évènement (effet rétroactif)	**Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via votre espace personnel Ma Santé** Et à compléter (selon les cas) : - Certificat de décès ; - Certificat de divorce …

Comment signaler votre changement de situation personnelle ?

Ajout ou radiation d'un ayant droit, changement d'adresse, etc.

Grâce à votre application mobile sanergi IEG Ma Santé

ou

Grâce à votre espace web, en vous connectant sur espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr

CHAPITRE 11
MODALITÉS D'ADHÉSION OU DE MODIFICATION D'UNE OPTION

Les options individuelles

Les options vous offrent de meilleures garanties sur certaines prestations et s'appliquent à tous les bénéficiaires du contrat de base de votre couverture supplémentaire maladie.
Les prestations des options prennent effet sans délai de carence.

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
SOUSCRIRE UNE OPTION FACULTATIVE…			
Lors de votre adhésion au régime obligatoire du contrat CSM de base	Au moment de l'adhésion du contrat CSM de base	À la date d'entrée sur le régime obligatoire du contrat CSM de base	**Sur le portail de primo-adhésion**
À la suite de votre adhésion au régime obligatoire du contrat CSM de base	Dans un délai de réflexion de 3 mois qui suivent votre adhésion du contrat CSM de base	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande	**Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé** Demande à compléter en cas de changement de situation personnelle : • Attestation CAMIEG ; • Certificat de naissance ; • Certificat de mariage ; • Attestation de concubinage/PACS ; • Mandat SEPA complété et signé ; • Certificat de divorce. **… cf. Notice d'information**
À la suite d'un évènement (mariage, naissance, divorce, autres) **cf. Notice d'information**	Dans les 30 jours qui suivent l'évènement	Le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par l'assureur	
Au cours de la vie de votre contrat (après le délai de réflexion de 3 mois)	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	
Vous aviez déjà résilié une option facultative auprès de Crédit Agricole Assurances	Avant le 31 octobre **Franchise de 2 années civiles complètes à respecter à compter de la précédente résiliation de surcomplémentaire**	Au 1er janvier N+3 suivant la date de résiliation de la précédente surcomplémentaire facultative	

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ CHANGER LE NIVEAU DE COUVERTURE DE VOTRE OPTION FACULTATIVE…			
Avec des garanties supérieures	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année suivante	**Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé**
Avec des garanties inférieures	Avant le 31 décembre de l'année en cours	Au 1er janvier de l'année N+2	

	DATE DE LA DEMANDE	DATE D'EFFET	MODALITÉS ET JUSTIFICATIFS
VOUS SOUHAITEZ RÉSILIER UNE OPTION FACULTATIVE… → être uniquement couvert par la base obligatoire			
Durant la première année du contrat	Avant le 31 octobre de l'année en cours	Au 31 décembre, suivant la demande	**Par écrit auprès du Centre de Gestion en rappelant vos identifiants ou via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel Ma Santé**
Après 12 mois d'adhésion à l'option	À tout moment	Le premier jour du mois qui suit la demande	

Lexique

Ayant droit
Personne qui bénéficie de votre assurance maladie obligatoire / complémentaire en raison des liens qu'elle a avec vous. Elle peut par exemple être votre conjoint affilié au régime spécial d'assurance maladie des IEG ou votre enfant.

Base de remboursement
Tarif utilisé par la Sécurité sociale et servant de référence à la CAMIEG pour déterminer le montant de son remboursement.

CAMIEG
Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières gestionnaire du régime spécial d'assurance maladie des Industries Electriques et Gazières (IEG).
La CAMIEG assure vos remboursements sur les deux niveaux du régime spécial des IEG (régime obligatoire et complémentaire).

NOEMIE
Norme informatique (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). NOEMIE accélère les échanges de données avec la CAMIEG grâce à la dématérialisation et vous permet notamment d'être remboursé par Crédit Agricole Assurances sans avoir à envoyer vos décomptes papiers de remboursement du Régime Obligatoire et Régime Complémentaire de la CAMIEG.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)
C'est la valeur de référence permettant de calculer de nombreuses prestations sociales (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité).
Ce PMSS sert au calcul de certaines prestations forfaitaires. Cette valeur est fixée par arrêté et varie tous les ans.
Vous pouvez la retrouver sur le site de la Sécurité sociale : https://www.ameli.fr/paris/entreprise/vos-salaries/montants-reference/plafond-securite-sociale

Praticien secteur 1
Les praticiens qui exercent en secteur 1 sont conventionnés : ils se sont engagés à appliquer des tarifs officiels, fixés dans le cadre d'une convention avec l'Assurance maladie. On parle de praticiens ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.

Praticien secteur 2
Les praticiens qui exercent en secteur 2 fixent eux-mêmes leurs tarifs : ils sont conventionnés à honoraires libres. L'Assurance maladie rembourse le prix de la consultation sur la base du tarif du secteur 1. On parle de praticiens pratiquant des dépassements d'honoraires.

Tiers payant
Système de paiement qui vous évite de faire l'avance des frais de santé auprès des professionnels de santé. Ces derniers sont payés directement par la CAMIEG et Crédit Agricole Assurances pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

Frais Réels (FR)
Montant total des actes et prestations facturés.

Vos contacts Crédit Agricole Assurances

Par courrier

CENTRE DE GESTION
SANERGI IEG
TSA 70291
28039 Chartres Cedex

Via votre application sanergi IEG Ma Santé

Via votre Espace Assuré en ligne
espace-CSMdesIEG.ca-masante.fr

Par téléphone

09 72 72 72 50

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H30 À 18H00

(numéro non surtaxé, prix d'un appel local)

sanergi ieg

Mai 2025

Contrat assuré par PREDICA - Filiale de Crédit Agricole Assurances. Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 €. Siège social : 16-18 boulevard de Vaugirard 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris. Les services d'assistance sont assurés par : EUROP ASSISTANCE - S.A, société anonyme au capital de 48 123 637 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will, 75009 Paris.

Crédit photo : Istock.