

Frais de santé		Prise en charge du régime général + régime local	Prise en charge du régime complémentaire	Prix limite de vente (PLV) ou tarif plafonné ¹⁰	TOTAL
SOINS COURANTS					
Frais médicaux ¹	Consultations, visites, majorations ⁴				
	Actes médicaux techniques (CCAM ⁵) ⁴	90 %	30 %		120 %
Actes paramédicaux ²	Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes	90 %	30 %		120 %
Pharmacie ²	Médicaments coûteux (vignettes blanches barrées)	100 %	-		100 %
	Médicaments (vignettes blanches)	90 %	10 %		100 %
	Médicaments (vignettes bleues)	80 %	20 %		100 %
	Médicaments (vignettes orange)	15 %	85 %		100 %
	Pansements	90 %	30 %		120 %
Analyses-Labo ¹	Analyses - Laboratoires	90 %	30 %		120 %
Transports ³	Ambulances, VSL, etc.	100 %	-		100 %
Participation assuré	Forfait sur les actes CCAM ⁵ > 120 € (ville et hôpital)	24 €	-		24 €
Forfait patient urgences ¹³	Forfait patient nominal	-	19,61 €		19,61 €
	Forfait patient minoré	-	8,49 €		8,49 €
HOSPITALISATION					
Frais d'hospitalisation		100 %	0 %		100 %
Honoraires lors d'un séjour hospitalier ⁶		100 %	200 %		300 %
APPAREILLAGE ET DISPOSITIFS MÉDICAUX					
Prothèse - Orthopédie		90 %	30 %		120 %
Oxygénothérapie		90 %	60 %		150 %
Appareillage d'assistance respiratoire et générateurs d'aérosol		90 %	60 %		150 %
Dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés (hors véhicule)		90 %	60 %		150 %
Véhicules pour personnes handicapées physiques		100 %	150 %		250 %
Aliments spéciaux et aliments sans gluten		90 %	60 %		150 %
Prothèses oculaires et faciales		100 %	150 %		250 %
Prothèses externes non orthopédiques		90 %	160 %		250 %
Orthèses ⁷		90 %	160 %		250 %
Prothèses capillaires ⁸	Classe I			350 €	350 €
	Classe II			700 €	625 €
	Prothèse capillaire partielle	90 %	160 %	125 €	125 €
	Accessoires capillaires (au nombre de 3)			40 €	40 €
CURES THERMALES					
Prestations légales (soins médicaux/soins thermaux)		90 %	30 %		120 %
Prestations supplémentaires (selon ressources) : hébergement		65 %	135 %		200 %
Prestations supplémentaires (selon ressources) : transport		65 %	35 %		100 %
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES					
Frais d'achat de la layette		-	331 €		331 €
Frais d'obsèques		-	662 €		662 €

Frais de santé	Paniers de soins	Prise en charge du régime général + régime local	Prise en charge du régime complémentaire	Prix limite de vente (PLV) ou tarif plafonné ¹⁰	TOTAL
OPTIQUE¹¹					
Monture	Classe A 100 % Santé	90 %	30 € dont part obligatoire	30 €	Prise en charge intégrale
Verres			Montant du PLV dont part obligatoire	selon dioptrie	
Monture	+ 18 ans		Forfait par monture 35 € dont part obligatoire		35 €
Monture	- 18 ans		Forfait par monture 77 € dont part obligatoire		77 €
Verres	Classe B Tarifs libres	90 % BRSS : 0,05 €	simple	Forfait par verre 50 € dont part obligatoire	50 €
			+ 18 ans complexe	Forfait par verre 124 € dont part obligatoire	124 €
			très complexe	Forfait par verre 185 € dont part obligatoire	185 €
			- 18 ans simple	Forfait par verre 43 € dont part obligatoire	43 €
			complexe	Forfait par verre 103 € dont part obligatoire	103 €
			très complexe	Forfait par verre 197 € dont part obligatoire	197 €
Lentilles acceptées		90 %	645 %		705 %
Lentilles refusées	+ 18 ans	-	dans la limite de 92,30 €/an		-
	- 18 ans		dans la limite de 151,20 €/an		
AIDES AUDITIVES¹²					
Pour les personnes âgées de plus 20 ans	Classe I 100 % Santé	90 %	dont part obligatoire 950 € ⁹	950 € ⁹	Prise en charge intégrale
Pour les personnes jusqu'à 20 ans			1 400 €	1 400 €	
Pour les personnes âgées de plus 20 ans	Classe II Tarifs libres	90 %	1 700 €		1 700 €
Pour les personnes jusqu'à 20 ans ou atteintes de cécité					
Accessoires d'entretien et de réparation (piles, embouts...)		90 %	30 %		120 %
FRAIS DENTAIRES					
Prothèses acceptées	Panier « 100 % Santé » ¹⁰	90 %		selon convention dentaire	Prise en charge intégrale
	Panier « tarifs maîtrisés »	90 %	405 %		495 % dans la limite du tarif plafonné ¹⁰
	Équipements libres		405 %		495 %
Soins et radios		90 %	30 %		120 %
Orthodontie acceptée		100 %	260 %		360 %

Les remboursements sont exprimés en % du tarif de responsabilité ou Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

- 1) Avec retenue d'une participation forfaitaire de 1 €.
- 2) Avec retenue d'une participation de 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical.
- 3) Avec retenue d'une participation de 2 € par trajet.
Les retenues sont plafonnées dans les mêmes conditions que celles du régime général (ameli.fr).
- 4) Des pénalités (majoration du ticket modérateur) peuvent être appliquées lorsque le bénéficiaire de plus de 16 ans se situe en dehors du parcours de soins. La Camieg ne rembourse pas ces majorations.
- 5) Classification commune des actes médicaux.
- 6) Est concernée la chirurgie ambulatoire ou hospitalisation de jour pour 55 gestes chirurgicaux (cf. liste sur camieg.fr).
- 7) Les orthèses sont les bandages herniaires, ceintures médico-chirurgicales et corssets orthopédiques en tissu armé, chaussures thérapeutiques et non thérapeutiques de série, colliers cervicaux, coques talonnières, orthèses élastiques de contention des membres, vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés.
- 8) Inclut un accessoire textile. Prise en charge limitée à une prothèse tous les 12 mois.
- 9) 1300 € au 1^{er} janvier 2019, 1 100 € au 1^{er} janvier 2020, 950 € au 1^{er} janvier 2021.
- 10) L'ensemble des actes liés au panier «100 % Santé» est pris en charge intégralement par la Camieg au titre du régime obligatoire et complémentaire, 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 (ou tarif plafonné).
- 11) Pour l'optique, le forfait est donné en euros par monture ou verre dont la part obligatoire. La prise en charge est limitée à un équipement optique tous les deux ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans, et en cas d'évolution de la vue.
- 12) Pour les aides auditives la prise en charge est limitée à un appareil auditif (pour chaque oreille) tous les quatre ans, sauf si l'appareil est hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, condition attestée par le prescripteur.
- 13) Le forfait patient urgences (FPU) est facturé lors d'un passage aux urgences pour des soins non programmés, non suivi d'une hospitalisation. Le FPU est minoré pour les personnes en affection de longue durée (ALD) ; les bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité inférieure à deux tiers. Il est supprimé pour les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité ; les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ; les bénéficiaires de prestations suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle ayant une incapacité au moins égale à deux tiers ; les assurés mineurs victimes de violences sexuelles ; les nouveau-nés de moins d'un mois ; les donneurs d'organe ; les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ; les victimes d'actes de terrorisme ; les bénéficiaires d'un dispositif dérogatoire de prise en charge enclenché en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.