



# GRILLE DE COUVERTURE

## DÉPENSES DE SANTÉ 2026

### SOINS COURANTS

	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
<b>VISITE ET CONSULTATIONS</b>			
Honoraires médicaux des médecins généralistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%
Honoraires médicaux des médecins généralistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	60%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes adhérents au DPTAM	70%	50%	100%
Honoraires médicaux des médecins spécialistes non adhérents au DPTAM	70%	50%	80%
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
<b>ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX</b>			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%
<b>ACTES D'IMAGERIE, D'ÉCHOGRAPHIE ET DE RADIOLOGIE</b>			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	70%	50%	100%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	70%	50%	80%
<b>CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHES, CHIROPRACTEURS, ÉTIOPATHES ET MÉDECINS ACUPUNCTEURS (hors nomenclature) ***</b>			
Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire	-	-	65€ /séance
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>			
	60%	60%	80%
<b>ANALYSES, PRÉLÈVEMENTS</b>			
Effectués par un médecin adhérent au DPTAM	60%	60%	80%
Effectués par un médecin non adhérent au DPTAM	60%	60%	60%

\* 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 ADEL ou RPPS pour les ostéopathes et les chiropracteurs ;

- du numéro de diplôme pour les étioopathes ;

- 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	CSMR
<b>ANALYSES HORS NOMENCLATURE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE</b>			
	-	-	36 €
<b>PANSEMENTS</b>			
	60%	60%	190%
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	CSMR
<b>MONTURE <sup>(1)</sup></b>			
<b>Classe A</b> (Panier 100% Santé)	100% PLV		-
<b>Classe B</b> (Panier Libre)	35 € (adulte) - 77 € (enfant - 18 ans)		65 € <sup>(2)</sup> (adulte) 23 € <sup>(2)</sup> (enfant - 18 ans)
<b>VERRES <sup>(1)</sup></b>			
<b>Classe A</b> (Panier 100% Santé)	100% PLV		-
<b>Classe B</b> (Panier Libre) :			
• Verre simple (par verre)	50 € (adulte) 43 € (enfant - 18 ans)		100 € <sup>(2)</sup>
• Verre complexe (par verre)	124 € (adulte) 103 € (enfant - 18 ans)		150 € <sup>(2)</sup> (adulte) 180 € <sup>(2)</sup> (enfant -18 ans)
• Verre hypercomplexe (par verre)	185 € (adulte) 197 € (enfant - 18 ans)		140 € <sup>(2)</sup> (adulte) 130 € <sup>(2)</sup> (enfant -18 ans)
<b>LENTILLES ACCEPTÉES SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
1 équipement par an, hors prise en charge du Ticket Modérateur	60%	645%	85 €
2 <sup>ème</sup> équipement	60%	645%	300%
<b>LENTILLES CORRECTRICES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE Y COMPRIS ADAPTATION</b>			
Montant par an et par bénéficiaire	-	92,30 € (adulte) 151,20 € (enfant -18 ans)	300 €
<b>CHIRURGIE CORRECTRICE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(3)</sup></b>			
Montant par œil, par an et par bénéficiaire	-	-	1 323 €

\*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. Les prestations de l'équipement sont majorées ou minorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014).

(2) Le montant s'entend ticket modérateur (TM) inclus et dans la limite des garanties du contrat responsable.

(3) Les implants et lentilles intraoculaires sont assimilés à de la chirurgie correctrice au même titre que le traitement au laser (kératotomie). 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	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
<b>SOINS PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup></b>			
Hors Inlay-Onlay	60%	60%	100%
Inlay-Onlay	60%	60%	150%
Détartrage annuel des dents	60%	60%	70%
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures dentaires, pour les enfants de moins de 14 ans.	60%	60%	70%
<b>PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
<b>Panier 100% santé</b>	60%	435%	-
<b>Panier tarif maîtrisé</b>	60%	435%	275%
<b>Panier Libre</b>	60%	435%	275%
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	-	-	385 €
<b>ORTHODONTIE ***</b>			
Prise en charge par la Sécurité Sociale	100%	260%	275%
Non prise en charge par la Sécurité sociale, montant dans la limite de 2 fois par an et par bénéficiaire	-	-	733 €
<b>COURONNE SUR IMPLANT PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	60%	435%	440 €
<b>IMPLANT NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(3)</sup></b>			
Dans la limite de 5 par an et par bénéficiaire	-	-	1 100 €
<b>PARODONTOLOGIE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(4)</sup></b>			
Montant par an et par bénéficiaire	-	-	587 €
<b>AUTRES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
Hors blanchiment dentaire dans la limite de 1500€ par an et par bénéficiaire	-	-	40% 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.

<b>HOSPITALISATION</b>	<b>CAMIEG*</b>		<b>EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**</b>
	<b>Régime général</b>	<b>Part complémentaire</b>	<b>CSMR</b>
<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie) <sup>(1)</sup></b>			
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%	-
<b>FORFAIT JOURNALIER <sup>(2)</sup></b>			
	-	-	20 €/jour
<b>FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT MÉDECINE ET CHIRURGIE <sup>(3)</sup></b>			
	-	-	48 €/jour
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE PAR NUITÉE</b>			
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	-	-	98 €/jour
<b>CHAMBRE PARTICULIÈRE AMBULATOIRE</b>			
	-	-	41 €/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) Ce qui n'est pas couvert : les établissements longs séjours (hors rééducations et soins de suite), les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non.

(3) 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.

<b>APPAREILLAGE</b>	<b>CAMIEG*</b>		<b>EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**</b>
	<b>Régime général</b>	<b>Part complémentaire</b>	<b>CSMR</b>
<b>ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE MÉDICALE</b>			
	60%	60%/90%/190%	200%
<b>PROTHÈSES CAPILLAIRES PRISES EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE (Panier 100% Santé)</b>			
<b>Classe III <sup>(2)</sup></b>	60%	190%	125 €
<b>Classe IV <sup>(2)</sup></b>	60%	190%	125 €
<b>PILES ET ENTRETIEN DES PROTHÈSES AUDITIVES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE <sup>(1)</sup></b>			
Montant par an et par bénéficiaire	60%	60%	76 €
<b>VÉHICULE POUR PERSONNE HANDICAPÉE ACCEPTÉ PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
	100%	-	3 300 €

\* 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.

(2) Prothèses de classe III contenant au moins 50 % de cheveux naturels avec un prix limite de vente de 1000 €. Prothèses de classes IV contenant 100 % de cheveux naturels à tarifs libres. La CAMIEG intervient à hauteur de 875 euros concernant ces deux classes. Le renouvellement n'est possible qu'après 12 mois.

AUTRES PRESTATIONS	CAMIEG*		EN COMPLÉMENT DE LA CAMIEG**
	Régime général	Part complémentaire	CSMR
<b>CURE THERMALE AGRÉÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE***</b>			
Participation aux frais hébergement et transport	65%	55%	468 €
<b>VACCINS ET TRAITEMENT PREVENTIF ANTIPALUDISME</b>			
Montant par vaccin	-	-	84 €
<b>PILULE CONTRACEPTIVE DITE DE 3e OU 4e GÉNÉRATION</b>			
Montant par an	-	-	84 €
<b>OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>			
	70 %	50%	123 €
<b>PACK PREVENTION ANNUEL</b>			
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, pédicure podologue <sup>(1)</sup> , amniocentèse			300 €
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 Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin <sup>(2)</sup>			
Équipement Handicap : équipements et réparations (hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels (personnes handicapées titulaires d'une carte invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité) <sup>(2)</sup>	-	-	1 000 €/an

\* 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. Dans le cadre du caractère responsable du contrat, Solimut Mutuelle respecte cet engagement.

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 entre dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci 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 €.