

# Avenant n°4 à l'accord du 4 juin 2010 relatif à la mise en place d'une couverture supplémentaire maladie des agents statutaires des industries électriques et gazières

## ARTICLE 1 : OBJET DU PRESENT AVENANT

Un accord a été signé le 4 juin 2010 (ci-après désigné « l'Accord ») afin de mettre en place, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, une Couverture Supplémentaire Maladie (ci-après « CSM ») obligatoire pour les agents statutaires des Industries Electriques Gazières.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 du 22 décembre 2018 complétée par le décret du 11 janvier 2019 et l'instruction ministérielle du 29 mai 2019, impose aux contrats collectifs frais de santé à adhésion obligatoire, de se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions du dispositif 100% Santé et du contrat responsable associé d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour les dispositions relatives à l'optique et au dentaire et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

L'arrêté du 30 septembre 2019, entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020, est venu préciser les nouvelles règles applicables au régime spécial dit « Régime complémentaire CAMIEG » en ce qui concerne l'accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Les partenaires sociaux se sont donc réunis afin de négocier la nouvelle grille de prestations CSM qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Les partenaires sociaux ont par ailleurs choisi d'accompagner la mise en œuvre de la réforme du 100% Santé avec l'apport de nouveaux services renforçant l'accès aux soins (téléconsultation médicale, deuxième avis médical et analyse des images médicales) et, pour l'optique, la prise en charge des frais réels pour les verres achetés chez un opticien du réseau partenaire.

## ARTICLE 1 : CHAMP D'APPLICATION MODIFIE

L'article 2 « Champ d'application » de l'accord est remplacé par les dispositions suivantes :

Le présent accord s'applique en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer, ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre et Miquelon, aux entreprises dont tout ou partie du personnel relève du Statut National du Personnel des Industries électriques et Gazières.

Eu égard à la nature du dispositif de couverture supplémentaire maladie et à son caractère général, le présent accord s'applique à l'ensemble des entreprises de la branche des IEG, y compris les entreprises de moins de cinquante salariés.

## **ARTICLE 2 : AUTRES DISPOSITIONS MODIFIEES**

---

Le présent avenant modifie les dispositions de l'article 4 .1 de l'Accord, qui sont remplacées par les dispositions suivantes :

### **« Article 4.1. Prestations relatives à la couverture obligatoire »**

*L'annexe 1 de l'Accord intitulée « PRESTATIONS REMBOURSEES AU TITRE DE LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE » est modifiée à compter du 1er janvier 2020, de manière à mettre en conformité la grille de prestations avec les nouvelles exigences du contrat responsable et du dispositif 100% Santé. »*

L'annexe 1 modifiée est jointe au présent avenant.

Le reste des dispositions de l'article 4.1 demeure inchangé.

## **ARTICLE 3 : DISPOSITIONS FINALES**

---

### **Article 3.1 : Entrée en vigueur et durée de l'avenant**

Le présent avenant entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2020, date à laquelle il se substitue aux dispositions de l'accord qu'il vient modifier. Il est conclu pour une durée indéterminée.

### **Article 3.2 : Notification, dépôt, publicité**

A l'issue de la procédure de signature, et conformément aux dispositions du Code du travail, le présent avenant sera notifié aux fédérations syndicales représentatives au niveau de la branche professionnelle des industries électriques et gazières.

A l'issue d'un délai de quinze jours suivant cette notification, le présent avenant fera l'objet, à l'initiative des groupements d'employeurs des industries électriques et gazières, des formalités de publicité et de dépôt, conformément aux dispositions du Code du travail.

**Article 3.3 : Procédure d'extension de l'avenant**

Les signataires conviennent de demander l'extension du présent avenant aux ministères chargés de la Transition Ecologique et Solidaire et du Travail, dans les conditions prévues à l'article L. 162-2 du code de l'Energie.

Fait à Paris, le 08 NOV. 2019

Pour les représentants des Employeurs

Le Président de l'UFE

Mme Christine GOUBET MILHAUD

Le Président de l'UNEmIG

M. Frédéric MARTIN

Pour les représentant(e)s des Fédérations Syndicales

FCE-CFDT

S. Badier

CFE-CGC

S. CHERIGIÉ

FNME-CGT

C. MARTIN

FNEM-FO

V. Besson

**ANNEXE 1 MODIFIEE AU 1er JANVIER 2020  
PRESTATIONS REMBOURSEES AU TITRE DE LA COUVERTURE SUPPLEMENTAIRE MALADIE**

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM qui s'ajoutent aux remboursements de la Camieg (part de base et part complémentaire) pour les soins réalisés à partir du 01/01/2020	Les montants ci-dessous en euros sont basés sur le PMSS 2019
--	--

SOINS COURANTS	CSM
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	60%
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	40%
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	100%
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou gynécologues/obstétriques)	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)	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)	80%
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	34 € par séance dans la limite de 12 séances par année civile
Auxiliaires médicaux	50%
Analyses, prélèvements	50%
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS (23,64 €) par année civile
Pansements	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.	

M U  
 9 3C 12

OPTIQUE	CSM
<p>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 (jusqu'à 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) (1).</p>	
<p><b>Monture Adulte acceptée par la Sécurité sociale :</b></p>	
<p>- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement) *</p>	<p>-</p>
<p>- Panier Tarifs libres (Classe B)</p>	<p>Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (34,97 €)</p>
<p><b>Monture Enfant acceptée par la Sécurité sociale :</b></p>	
<p>- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement) *</p>	<p>-</p>
<p>- Panier Tarifs libres (Classe B)</p>	<p>Plafond du contrat responsable (100,00 €) sous déduction du remboursement de la part complémentaire Camieg (76,97 €) (2)</p>
<p><b>Verres Adulte acceptés par la Sécurité sociale :</b></p>	
<p>- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement) *</p>	<p>-</p>
<p>- Panier Tarifs libres (Classe B) :</p> <p>- Hors réseau Kalixia (1)</p>	<p>Grille optique CSM (voir ci-après)</p>
<p>- Dans le réseau Kalixia (1)</p>	<p>Prise en charge de 100% des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA</p>
<p><b>Verres Enfant acceptés par la Sécurité sociale :</b></p>	
<p>- Panier de soins sans reste à charge (Classe A - 100% santé tel que défini réglementairement) *</p>	<p>-</p>
<p>- Panier Tarifs libres (Classe B) :</p> <p>- Hors réseau Kalixia (1)</p>	<p>Grille optique CSM (voir ci-après)</p>
<p>- Dans le réseau Kalixia (1)</p>	<p>Prise en charge de 100% des frais réels des verres dans le référentiel du réseau KALIXIA</p>
<p>Prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B **</p>	
<p>Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile)</p>	<p>1,5% du PMSS (50,66 €) par année civile</p>
<p>Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait par année civile)</p>	<p>7,35% du PMSS (248,21 €) par année civile</p>
<p>Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (forfait par année civile et par œil)</p>	<p>32% du PMSS (1 080,64 €) par année civile et par œil</p>
<p>Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement).</p>	
<p>(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 part complémentaire Camieg (soit 76,94 €).</p>	
<p>* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire), y compris pour la prestation d'appairage 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.</p>	
<p>** La prestation "adaptation correction visuelle par l'opticien" est prise en charge par 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).</p>	

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	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
2,25-4	35,0 €	55,0 €	94,0 €	110,0 €	156,0 €	156,0 €
4,25-6	35,0 €	55,0 €	94,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
6,25-8	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	156,0 €	156,0 €
8,25-12	62,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €
12,25 et +	115,0 €	103,0 €	142,0 €	163,0 €	369,0 €	369,0 €

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	53,0 €	66,0 €	123,0 €	173,0 €	192,0 €	192,0 €
2,25-4	53,0 €	66,0 €	123,0 €	173,0 €	192,0 €	192,0 €
4,25-6	53,0 €	66,0 €	123,0 €	191,0 €	192,0 €	192,0 €
6,25-8	118,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	192,0 €	192,0 €
8,25-12	118,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	294,0 €	294,0 €
12,25 et +	198,0 €	160,0 €	205,0 €	191,0 €	294,0 €	294,0 €

**Legende : (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.

DENTAIRE	CSM
<b>SOINS</b>	
Soins et radios dentaires	100%
<b>PROTHESES DENTAIRES</b>	
- Panier de soins sans reste à charge (soins et prothèses 100% santé tels que définis règlementairement) (1)	Sans reste à charge (1)
- Panier reste à charge maîtrisé	150%
- Panier tarifs libres :	
- prothèses	150%
- couronne sur Implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS (354,59 €) par couronne sur Implant
<b>Couronne ou stellites provisoires non pris en charge par la Sécurité sociale :</b>	
- 1 à 2 dents	2% du PMSS (67,54 €)
- 3 dents	4% du PMSS (135,08 €)
- par dent supplémentaire	1% du PMSS (33,77 €)
<b>ORTHODONTIE</b>	
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	200%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300%
<b>Autres actes non remboursés par la Sécurité sociale :</b>	
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (hors implantologie)	150%
Implants (radios, préparation, pose, inlay) - maximum 5 implants par année civile	20% du PMSS (675,40 €) par Implant
Parodontologie (forfait par année civile) (2)	8,4% du PMSS (283,67 €) par année civile
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur frais réels limités à 500€ par année civile	30% des frais réels par année civile
Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement).	
(1) La prise en charge intégrale des actes liés au panier "sans reste à charge", à compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles, est assurée par la Camieg (part de base et part 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.	

APPAREILLAGE	CSM
Orthopédie et prothèses médicales (y compris capillaires) acceptées par la Sécurité sociale	100%
<b>Aide auditive remboursable par la Sécurité sociale :</b>	
<b>La prise en charge de la CSM</b> , comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive, <b>est limitée pour chaque oreille à une audioprothèse par période de 48 mois de date à date</b> . La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. La prise en charge de l'équipement (plafond) s'entend dans le respect du cadre réglementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65) à compter du 1er janvier 2021 pour la CSM et à compter du 1er janvier 2020 pour la Camieg (arrêté du 30 septembre 2019).	
<b>Remboursement du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2020 :</b>	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini réglementairement) : *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) :	
- Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale **	18% du PMSS (607,86 €) par aide
- Aides auditives bilatérale (par paire) acceptées par la Sécurité sociale **	18% du PMSS (607,86 €) par aide
<b>Remboursement du 1er janvier 2021 :</b>	
- Panier de soins sans reste à charge (Classe I - 100% santé tel que défini réglementairement) : *	-
- Panier Tarifs libres (Classe II) :	
- Aide auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale **	-
- Aides auditives bilatérale (par paire) acceptées par la Sécurité sociale **	-
Forfait par année civile pour les accessoires (pile, écouteur, embout, ...) et l'entretien des aides auditives prises en charge par la Sécurité sociale **	1,4% du PMSS (47,28 €) par année civile
Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale	90% du PMSS (3 039,30 €)
Les % indiquées dans la grille de remboursement correspondent à la BR (base de remboursement).	
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par la Camieg (part de base et part complémentaire) dans le respect des textes réglementaires.	
** Sur présentation des justificatifs de dépense pour les prothèses auditives et accessoires (piles, réparations, pièces détachées, ...)	

HOSPITALISATION	CSM
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	100%
Honoraires de médecins non signataires de l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	-
Forfait journalier 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 (33,77 €)
Chambre particulière	2,1% du PMSS (70,92 €)
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS (37,82 €)
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS (70,92 €)
<p>- Les remboursements de la CSM en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.</p> <p>- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.</p> <p>- 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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé,</li> <li>- l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.</li> </ul>	

F7 WP  
p MC JC

AUTRES PRESTATIONS	CSM
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale (forfait pour 21 jours)	8% du PMSS (270,16 €)
Prévention : vaccins (montant par vaccin)	1,75% du PMSS (59,10 €)
Pilule contraceptive de 3ème ou 4ème génération (forfait annuel)	1,75% du PMSS (59,10 €)
Ostéodensitométrie	2,8% du PMSS (94,56 €)
Détartrage annuel des dents	70%
Scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70%
Pack Prévention annuel incluant :	3,85% du PMSS (130,01 €) par année civile
- 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 ;	
- substituts nicotiniques, test Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin.	

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

Les données concernant la Camieg sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Mutieg A Asso.

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes) / rbt = remboursement.

OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale pour 2019 est de 3 377€).

Le cumul des remboursements (Camieg et 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.