

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM CCAS LOI EVIN 2018

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

Ce tableau présente la grille des remboursements CSM CCAS Loi Evin. Ces remboursements viennent s'ajouter aux prestations versées par la Sécurité sociale et, le cas échéant, par la CAMIEG.

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, 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 SS), les franchises mises en place au 1er janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1er avril 2015.

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.	CSM CCAS LOI EVIN 2018
SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	40% de la BR
Consultations et visites de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	20% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	80% de la BR
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)	80% de la BR
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)	60% de la BR
Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, d'étiopathes et de médecins acupuncteurs (hors nomenclature)	35% des frais réels dans la limite de 100 € par séance et 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses - Prélèvements	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pansements	40% de la BR
Le taux de remboursement est majoré de 50% pour les soins courants (sauf médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité.	OUI

OPTIQUE	
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.	
Monture acceptée par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (70,73€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : enfant (cf. ci-dessus)	440% de la BR
Monture acceptée par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	Plafond du contrat responsable sous déduction du rbt RC Camieg (115,12€)
Verres acceptés par la Sécurité sociale : adulte (cf. ci-dessus)	1 300% de la BR
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (un équipement par année civile et par bénéficiaire)	1,5% du PMSS
Lentilles refusées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (forfait annuel)	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge par la Sécurité sociale (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE	
Soins	100% de la BR
Prothèses acceptées par la Sécurité sociale	150% de la BR
Prothèses refusées par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	150% de la BR
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	200% de la BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale mais figurant à la nomenclature	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
Couronne ou stellite provisoire :	
- 1 ou 2 dents	2% du PMSS
- 3 dents	4% du PMSS
- par dent supplémentaire	1% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel)	8,4% du PMSS
Autres actes (CCAM) non pris en charge par la Sécurité sociale sur les frais réels limités à 500€ par an	30% des frais réels

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)	
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non.	
Frais de séjour et honoraires de médecins signataires de l'option pratique 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% de la BR
Honoraires de médecins non signataires de l'option pratique 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
Chambre particulière (60 jours par année civile)	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS / jour
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS / jour

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale acceptées par la Sécurité sociale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale acceptée par la Sécurité sociale	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales (par paire) acceptées par la Sécurité sociale	24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives acceptées par la Sécurité sociale	1,4% du PMSS
Véhicule pour personnes handicapées accepté par la Sécurité sociale	90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	8% du PMSS
Prévention :	
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	70% de la BR
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70% de la BR
Pack Prévention annuel comprenant : - 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 malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test Hémocult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	3,85% du PMSS

*Les données concernant la CAMIEG sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

SS : Sécurité Sociale

Rbt : Remboursement

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif, le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour 2018 est de 3 311€)

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM – Co : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

IMPORTANT

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi 2016-41, le tiers payant est généralisé pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie atteints d'une affection de longue durée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité sur la part des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces professionnels de santé exerçant en ville peuvent aussi appliquer le tiers payant sur la part couverte par leur organisme complémentaire dans la limite du tarif de responsabilité.

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, 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 SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics.

Les garanties ne prennent pas en charge, notamment :

- la participation forfaitaire de 1€ par acte ;
- la participation forfaitaire de 0,50€ par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical ;
- la participation forfaitaire de 2€ par transport médical ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement ;
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Ex. : accès à un médecin sans consultation préalable du médecin traitant

Elles respectent les obligations issues du décret du 18 novembre 2014 à savoir :

- la limitation des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins non signataires du contrat d'accès aux soins ;
- la prise en charge intégrale du forfait journalier en hospitalisation ;
- la périodicité pour les prestations d'équipement optique (verres + monture) ;
- les planchers et plafonds pour les équipements optiques.