Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

CCM CCAS

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

PRESTATIONS 2022

Grille de prestations conforme au dispositif 100% santé et aux engagements UNOCAM signés le 14 février 2019.

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.	**Régime Local Alsace-Moselle[5]**	**CCM CCAS[6]**
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrie, psychiatrie)		
L'hospitalisation ne concerne pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les remboursements en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie. L'hospitalisation ne comprend pas les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non. Les frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'un bénéficiaire, pour un accompagnant unique, quel que soit le lien de parenté, comprennent : - le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où le bénéficiaire est hospitalisé ; - l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier. * Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entrainant pas d'hospitalisation.		
Frais de séjour et de salle d'opération	100 %	100 %
Franchise sur les actes CCAM > 120 €	24 €	-
Forfait patient urgences*	-	Sans reste à payer
Honoraires		
Actes des médecins **signataires** de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100 %	300 %
Actes des médecins **non signataires** de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale	100 % des Frais Réels	-
Chambre particulière		
Hospitalisation complète, avec nuitée (90 jours par année civile)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Hospitalisation en ambulatoire, sans nuitée	-	1,12 % du PMSS (38,39 €)
Hospitalisation en maternité (8 jours maximum)	-	2,1 % du PMSS (71,99 €)
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	-	1 % du PMSS (34,28 €)
Frais de transport	100%	-

VOS AVANTAGES

- Accédez à **ComparHospit,** premier comparateur d'établissements hospitaliers en France - comparhospit-chercher.kalixia.fr
- Bénéficiez d'un **deuxième avis médical** pour des pathologies graves et de **Visible Patient Solution**
- Bénéficiez d'une **assistance à domicile** en cas d'hospitalisation avec Energie Mutuelle Services

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.	**Régime Local Alsace-Moselle**[5]	**CCM CCAS** [6]
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (consultation / visite / consultation en ligne)		
Généraliste		
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM[1])	90 %	70 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	50 %
Spécialiste		
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	130 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	110 %
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie (yc pour les actes effectusé par un professionnel de santé non médecin)		
Signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	110 %
Non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO[1] pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90 %	90 %
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, étiopathes et médecins acupuncteurs (hors nomenclature)**, sur frais réels limités à 100 €** (12 séances par année civile et par bénéficiaire)	-	35 % des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	90 %	80 %
Analyses, prélèvements et examens de laboratoire	90 %	80 %
Analyses hors nomenclature	-	0,7 % du PMSS (24,00 €)
Frais de transport	100 %	-
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	90 % / 80 % / 15 %	10 % / 20 % / 85 %
Pansements	90 %	70 %
Majoration de la prestation soins courants de 50 % (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**	NON	OUI

VOS AVANTAGES

- Disposez de notre service de **téléconsultation médicale** accessible 24/7
- Bénéficiez d'une assistance à domicile avec Energie Mutuelle Services
- Bénéficiez d'une **assistance** à domicile

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.	**Régime Local Alsace-Moselle[5]**	**CCM CCAS[6]**

OPTIQUE

La prise en charge de la garantie souscrite est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes (jusqu'à 16 ans) ou 1 équipement par période de 12 mois 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 en cas d'évolution de la vue selon les conditions prévues par le contrat responsable. Les remboursements de la garantie souscrite (monture et verres) sont différenciés entre Adulte (à partir de 16 ans) et Enfant (moins de 16 ans).
La prise en charge des verres (planchers et plafonds) s'entend dans le respect du cadre règlementaire relatif au contrat responsable (décret du 31 janvier 2019 n°2019-65)[4].
* La prise en charge intégrale du panier de soins sans reste à charge est assurée par le Régime local et la garantie souscrite, 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.
** La prestation «adapatation correction visuelle par l'opticien» est prise en charge par le Régime local et la garantie souscrite. (60% de la BR par le régime de base et 60% de la BR par la garantie souscrite) pour le panier Tarifs libres (Classe B).

Équipement 100% Santé* (Classe A)	90 %	Sans reste à payer*
Équipement autre que 100% Santé** (Classe B)		
DANS LE RÉSEAU KALIXIA – Tarifs négociés et reste à payer minoré		
Adultes :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia
Enfants :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	100 % des Frais Réels dans le référentiel du réseau Kalixia

VOS AVANTAGES KALIXIA

Pour bénéficier des avantages accordés par le réseau Kalixia demandez le tiers payant auprès de votre opticien partenaire.
Les prestations dans le réseau Kalixia et hors réseau ne sont pas cumulables.

- Bénéficiez de **20 % de réduction minimum** sur le prix des montures (hormis certaines griffées)
- Géolocalisez les professionnels du **réseau Kalixia** depuis votre espace adhérent Energie Mutuelle
- Accédez à une **cabine virtuelle d'essayage** de montures en réalité augmentée
- Profitez d'une **garantie casse de 2 ans** pour votre monture et/ou vos verres

HORS RÉSEAU KALIXIA		
Adultes :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Enfants :		
Monture	90 %	Plafond de 100 € sous déduction du Régime Local
Verres	90 %	Cf. grille optique fonction de la correction visuelle prescrite
Prestation d'adaptation de la prescription de la correction visuelle par l'opticien pour des verres en Classe B* **	90 %	30 %

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.	**Régime Local Alsace-Moselle[5]**	**CCM CCAS[6]**
OPTIQUE (suite)		
Lentilles		
DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1er équipement par année civile)	90 %	615 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	90 %	615 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)
VOS AVANTAGES KALIXIA		
• Jusqu'à 30 % de réduction sur le prix des lentilles		
HORS RÉSEAU KALIXIA		
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 équipement par année civile)	90 %	615 % + 1,5 % PMSS (51,42 €)
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2ème équipement par année civile)	90 %	615 %
Lentilles correctrices, y compris jetables et adaptation, non prises en charge par la Sécurité sociale - forfait par année civile	-	Adulte : 10,26 % PMSS (351,71 €) Enfant : 12,12 % PMSS (415,47 €)
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire et implants multifocaux) **non prise en charge par la Sécurité sociale** (forfait par année civile et par œil)	-	12 % du PMSS (411,36 €)

Grille optique pour Adulte (+16 ans), y compris remboursement Régime Local :

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	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
2,25 – 4	65,00 €	92,00 €	146,00 €	169,00 €	233,00 €	233,00 €
4,25 – 6	65,00 €	92,00 €	146,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
6,25 – 8	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	233,00 €	233,00 €
8,25 – 12	102,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €
12,25 et plus	175,00 €	159,00 €	213,00 €	242,00 €	530,00 €	530,00 €

Grille optique pour Enfant (+16 ans), y compris remboursement Régime Local :

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	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
2,25 – 4	90,00 €	112,00 €	209,00 €	294,00 €	327,00 €	327,00 €
4,25 – 6	90,00 €	112,00 €	209,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
6,25 – 8	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	327,00 €	327,00 €
8,25 – 12	200,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €
12,25 et plus	337,00 €	272,00 €	349,00 €	325,00 €	500,00 €	500,00 €

Légende : Verre simple | Verre complexe | Verre très complexe

Correction telle que précisée aux articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale

DENTAIRE

* La prise en charge intégrale des actes liés au panier « sans reste à charge » est assurée par le Régime local et en complément par la garantie souscrite 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.

	Régime Local Alsace-Moselle[5]	CCM CCAS[6]
Prothèses 100% Santé[2]	90 %	Sans reste à payer*
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE		
Soins et Prothèses autres que 100% Santé		
Soins dentaires	90 %	130 %
Consultations dentaires (chirurgiens dentistes et stomatologues)	90 %	130 %
Radiologie dentaire	90 %	130 %
Prothèses	90 %	555 %
Orthodontie	100 %	460 %
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE		
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : sur frais réels limités à 50 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire	-	50 % des Frais Réels
Orthodontie sur frais réels limités par année civile à 50 % du PMSS	-	80 % des Frais Réels
Implantologie sur frais réels limités par année civile à 100 % du PMSS	-	45 % des Frais Réels
Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents	-	2 % PMSS (68,56 €)
Couronne ou stellite provisoire : 3 dents	-	4 % PMSS (137,12€)
Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire	-	1 % PMSS (34,28€)
Parodontologie - Forfait par année civile et par bénéficiaire	-	8,4 % PMSS (287,95 €)
Autres actes dentaires, sur frais réels limités à 500 € par année civile	-	30 % des Frais réels

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.	**Régime Local Alsace-Moselle[5]**	**CCM CCAS[6]**
MATÉRIEL MÉDICAL – APPAREILLAGE		
Orthopédie et prothèse médicale (y compris prothèse capillaire de classe II) acceptées par la Sécurité sociale	90 %	130 %
Véhicule pour personne handicapée accepté Sécurité sociale	100 %	150 % + 90 % du PMSS (3 085,20 €)

AIDE AUDITIVE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

* À compter du 1er janvier 2021, la prise en charge de l'aide auditive est plafonnée à 1700€ (Régime local et garantie CCM CCAS) - décret n°2019-65 du 31 janvier 2019.
La prise en charge intégrale du panier 100% Santé sans reste à charge sera assurée par le Régime Local et la garantie souscrite dans le respect des textes réglementaires.

Équipement auditif autre que 100% Santé[2] (classe II [3])		
Aide auditive unilatérale	90 %	1 700 € par aide sous déduction du Régime local
Aide auditive bilatérale	90 %	3 400 € avec un maximum de 1 700 € par aide sous déduction du Régime local
Accessoires et fournitures (piles, écouteurs, embouts) **et entretien des aides auditives remboursables par la Sécurité sociale – forfait par année civile et par bénéficiaire**	90 %	1,4 % du PMSS (47,99 €)

VOS AVANTAGES KALIXIA

- Géolocalisez les professionnels du **réseau Kalixia** depuis votre espace adhérent Energie Mutuelle
- Demandez la **dispense d'avance de frais** dans le réseau Kalixia
- Profitez de **services spécifiques** et de **tarifs négociés** pour vous et vos ascendants directs
- Bénéficiez d'un meilleur remboursement et d'une **baisse de votre reste à charge** dans le réseau d'Audioprothésistes Kalixia

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.	**Régime Local Alsace-Moselle[5]**	**CCM CCAS[6]**
AUTRES PRESTATIONS		
Cure thermale acceptée par l'Assurance Maladie, forfait par année civile et par bénéficiaire	90 %	10 % + 8 % du PMSS (274,24 €) par cure
Vaccins (par vaccin)	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Contraception non remboursée : pilules, patchs, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire	-	1,75 % du PMSS (59,99 €)
Ostéodensitométrie non remboursée	-	115 €
Actes de prévention – Tout acte de prévention remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (liste sur Ameli.fr)	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Détartrage annuel des dents	90 %	130 %
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	90 %	130 %
Pack Prévention annuel comprenant :	-	3,85 % du PMSS (131,98 €)
- psychomotricien, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, amniocentèse ;		
- podologue et bilan podologique ;		
- bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ;		
- dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste non prise en charge ;		
- bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ;		
- test Hémoccult, tensiomètre prescrits par un médecin ;		
- prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.		
Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant ayant droit limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption par un parent	-	-
Séance d'activité physique prescrite par le médecin traitant aux bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (forfait par année civile et par bénéficaire)	-	-
+ DE SERVICES		
Accès aux réseaux Optique, Audiologie, Ostéopathes Kalixia	-	OUI
Aides exceptionnelles par le fonds social d'Energie Mutuelle selon les dispositions d'attribution ou fonds dédié	-	OUI
Assistance (Energie Mutuelle Services)	-	OUI
Téléconsultation Médicale	-	OUI
Deuxième Avis Médical	-	OUI
Visible Patient Solution	-	OUI

Les informations présentes dans les renvois sont extraites du Règlement mutualiste

Abréviations :
BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **BR – SS** = Base de remboursement retenue par la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale. **DE** = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. **TM** = Ticket Modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). **RO** = Régime obligatoire (Sécurité sociale). **PMSS** = Plafond mensuel de la Sécurité sociale (au 01/01/2022 : 3 428 €). **CCAM** = Classsification Commune des Actes Médicaux. Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM.

Pour les contrats solidaires et responsables 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.
Depuis le 1er janvier 2017, en application de l'article 83 de la loi n° 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.

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis règlementairement : dispositif 100% Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies règlementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

(3) Voir la liste règlementaire des options de l'aide auditive de la liste A et de la liste B figurant dans l'arrêté du 14 novembre 2018

(4) Pour la définition des verres, se référer à la nomenclature optique en vigueur. Décret N°2019-65 du 31 janvier 2019 et Art.R871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale
(5) Les données concernant le Régime Local Alsace-Moselle sont communiquées à titre indicatif et n'engagent pas Energie Mutuelle
(6) Hors remboursement du Régime Local Alsace-Moselle

Copyright d'Energie Mutuelle-2021. Ce document est la propriété d'Energie Mutuelle. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 03_EM_CCM_CCAS_RL_TG-20211120