

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CCM CCAS LOI EVIN 2016

MA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

Ce tableau présente la grille des remboursements CCM CCAS Loi Evin. Ces remboursements viennent s'ajouter aux prestations versées par le Régime Général de Sécurité sociale ou, pour ses bénéficiaires, du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

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.

**CCM CCAS LOI EVIN 2016
(Régime Général)**

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 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits pour les remboursements des dépassements des actes effectués par les médecins et l'optique en novembre 2014.

Depuis le 1^{er} 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.

SOINS COURANTS	
Visites et consultations de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	90%
Visites et consultations de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%
Visites et consultations de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	150%
Visites et consultations de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	130%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	130%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un professionnel de santé non médecin	130%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	110%
Analyses et prélèvements	110%
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	35%/70%/85%
Pansement	100%

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.	OUI
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

OPTIQUE	
Monture et verres acceptés SS : 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).	
ADULTES	
- Monture	150€
- Verres	2 100% + 15€ par verre
MINEURS	
- Monture	260% + 2% du PMSS
- Verres	750%
Lentilles acceptées SS : premier équipement par bénéficiaire et par année civile	645% + 1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel	Adulte : 10,26% du PMSS
	Enfant : 12,12% du PMSS
Lentilles acceptées SS : 2 ^e équipement par bénéficiaire et par année civile	645%
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge SS (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE	
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	
- Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	150%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : sans présentation du devis	525%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : avec présentation du devis	575%
- Orthodontie	460%
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	
- Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM), sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	50% des Frais Réels
- Orthodontie, sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	80% des Frais Réels
- Implantologie (Code CCAM : IMP), sur frais réels limités par année civile à 100% du PMSS	45% des Frais Réels
- Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	2% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	4% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	1% du PMSS
- Parodontologie (Code CCAM : TDS) : Forfait maximum par année civile	8,4% du PMSS
- Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités par année civile à 500€	30% des Frais Réels

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

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.

Sans acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	120%
- Honoraires des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	320%
- Honoraires des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	145%
Avec acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	300%
- Honoraires des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	125%
Franchise sur les actes CCAM > 120€	18€
Forfait journalier	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (90 jours par année civile)	2,1% du PMSS
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS
Frais de transport	35%

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	160%
Prothèse auditive unilatérale	590% + 12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	590% + 24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour handicapé accepté par la SS	150% + 90% du PMSS

AUTRES ACTES	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	35% + 8% du PMSS
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	50% + 2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	120%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	120%
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

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire MAîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire MAîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements (Base de Remboursement - BR)
- En pourcentage du PMSS qui est, à titre indicatif pour l'année 2018, de 3 311€. Ce plafond est revalorisé chaque année.

IMPORTANT :

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

Pour les bénéficiaires du Régime Local d'Alsace-Moselle, les prestations sont :

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.

**CCM CCAS LOI EVIN 2016
(Régime Local
d'Alsace-Moselle)**

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 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits pour les remboursements des dépassements des actes effectués par les médecins et l'optique en novembre 2014.

Depuis le 1^{er} 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.

SOINS COURANTS	
Visites et consultations de médecins généralistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%
Visites et consultations de médecins généralistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	50%
Visites et consultations de médecins spécialistes signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	130%
Visites et consultations de médecins spécialistes non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin non signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	90%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un professionnel de santé non médecin	110%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	80%
Analyses et prélèvements	80%
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	10%/20%/85%
Pansement	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.	OUI
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

OPTIQUE	
Monture et verres acceptés SS : 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).	
ADULTES	
- Monture	150€
- Verres	2 070% + 15€ par verre
MINEURS	
- Monture	230% + 2% du PMSS
- Verres	720%
Lentilles acceptées SS : premier équipement par bénéficiaire et par année civile	615% + 1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel	Adulte : 10,26% du PMSS
	Enfant : 12,12% du PMSS
Lentilles acceptées SS : 2 ^e équipement par bénéficiaire et par année civile	615%
Chirurgie correctrice (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge SS (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE	
ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	
- Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	130%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : sans présentation du devis	505%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : avec présentation du devis	555%
- Orthodontie	460%
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE	
- Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM), sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	50% des Frais Réels
- Orthodontie, sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	80% des Frais Réels
- Implantologie (Code CCAM : IMP), sur frais réels limités par année civile à 100% du PMSS	45% des Frais Réels
- Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	2% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	4% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	1% du PMSS
- Parodontologie (Code CCAM : TDS) : Forfait maximum par année civile	8,4% du PMSS
- Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités par année civile à 500€	30% des Frais Réels

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolutions de la CCAM

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.	
Sans acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	300%
- Honoraires des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	125%
Avec acte CCAM ¹ > 120€	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	300%
- Honoraires des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques)	125%
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-
Forfait journalier	-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (90 jours par année civile)	2,1% du PMSS
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS
Frais de transport	-

APPAREILLAGE	
Orthopédie et prothèse médicale	130%
Prothèse auditive unilatérale	560% + 12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	560% + 24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour handicapé accepté par la SS	150% + 90% du PMSS

AUTRES ACTES	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	10% + 8% du PMSS
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	30% + 2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	100%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	100%
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 nicotiques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	3,85% du PMSS

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire MAîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire MAîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements (Base de Remboursement - BR)
- En pourcentage du PMSS qui est, à titre indicatif pour l'année 2018, de 3 311€. Ce plafond est revalorisé chaque année.

IMPORTANT :

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

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.

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 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