

CCM CCAS

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

.....
PRESTATIONS 2021
.....

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, obstétrique, 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.

| | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| Frais de séjour et de salle d'opération | 100 % | 100 % |
| Franchise sur les actes CCM > 120 € | 24 € | - |
| Honoraires | | |
| Actes des médecins signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁵⁾) pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriques) | 100 % | 300 % |
| Actes des médecins non signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁵⁾) 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 effectués 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, étioopathes 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

 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 réglementaire 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'appariage 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 «adaptation 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 Préférence) 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

- 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
- Demandez la dispense d'avance de frais dans le réseau Kalixia
- 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 % |

 OPTIQUE (suite)

Lentilles

DANS LE RÉSEAU KALIXIA - Tarifs négociés et reste à payer minoré

| | | |
|---|------|--|
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (1 ^{er} équipement par année civile) | 90 % | 615 % + 1,5 % PMSS (51,42 €) |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (2 ^{ème} 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 (2 ^{ème} 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.

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⁽⁶⁾

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 1^{er} 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⁽⁶⁾ (classe II ⁽⁶⁾)

| | | |
|--|------|--|
| 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⁽⁶⁾

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, patches, anneaux et implants contraceptifs, forfait par année civile et par bénéficiaire | - | 1,75 % du PMSS (59,99 €) |
| Ostéodensitométrie non remboursée | - | 115 € |
| Détartrage annuel des dents | 90 % | 130 % |
| Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans | 90 % | 130 % |
| Pack Prévention annuel comprenant : | | |
| - 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 Hémo occult, tensiomètre prescrits par un médecin ; | | |
| - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate. | | |
| Allocation maternité ou d'adoption plénière par enfant limitée à la dépense engagée dans un délai de 2 mois après la naissance ou l'adoption | - | - |
| Séance d'activité physique prescrite par le médecin traitant aux bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (forfait par année civile et par bénéficiaire) | - | - |

+ 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 |
| Prof Express (soutien scolaire en ligne) | - | 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 01/01/2021 : 3 428 €). **CCAM** = Classification 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 1^{er} janvier 2008 par les pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits par décret au 1^{er} avril 2015.

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.

(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 annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

(2) Tels que définis réglementairement : **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 réglementairement 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 réglementaire 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