

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CSM LOI EVIN 2015

MA COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE

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

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.

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 LOI EVIN 2015

SOINS COURANTS	
Consultations et visites de médecins généralistes	40% de la BR
Consultations et visites de médecins spécialistes	100% de la BR
Actes techniques médicaux	80% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie	80% de la BR
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs	35% des frais réels, limités à 100€ par séance, dans la limite de 12 séances par an
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses - Prélèvements	50% de la BR
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pharmacie Vignettes blanches/bleues/orange sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	-
Pansements	40% de la BR
Majoration de la prestation soins courants de 50% 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 : un équipement par année civile par ADULTE	5% du PMSS
Monture : un équipement par année civile par ENFANT	2% du PMSS
Verre : un équipement par année civile par ADULTE	1 300% de la BR
Verre : un équipement par année civile par ENFANT	440% de la BR
Lentilles acceptées SS : un équipement par bénéficiaire et par année civile	1,5% du PMSS
Lentilles correctrices refusées par la SS, y compris lentilles jetables (forfait annuel par bénéficiaire)	7,35% du PMSS
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge SS (par œil)	12% du PMSS

DENTAIRE	
Soins	100% de la BR
Prothèses prises en charge par la SS : sans présentation du devis	100% de la BR
Prothèses prises en charge par la SS : avec présentation du devis	150% de la BR
Prothèses non prises en charge par la SS : sans présentation du devis	100% de la BR
Prothèses non prises en charge par la SS : avec présentation du devis	150% de la BR
Orthodontie prise en charge par la SS	200% de la BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	300% de la BR
Couronne sur implant (maximum 5 par an)	10,5% du PMSS
ACTES HORS NOMENCLATURE	
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) détartrage	0,8% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) curetage	2,8% du PMSS
Parodontologie (forfait annuel) chirurgie	5,6% du PMSS
Autres actes hors nomenclature sur frais réels limités à 500€ par an	30% des Frais Réels

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)		
Sans acte CCAM > 120€	Frais de séjour	100% de la BR
	Honoraires	100% de la BR
Avec acte CCAM > 120€	Frais de séjour	100% de la BR
	Honoraires	100% de la BR
Dans la limite de 5 300€ en établissement non conventionné		
Franchise sur les actes CCAM > 120€		
Forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du CSS		100% des Frais Réels (1)
Frais d'accompagnant médecine et chirurgie (enfant de moins de 16 ans)		1% du PMSS / jour
Chambre particulière médecine, chirurgie (30 jours par hospitalisation, renouvelable une fois sur prescription médicale)		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
Frais de transport		-

Remarques

- Les remboursements de la CSM Loi Evin en hospitalisation concernent les hospitalisations en médecine, chirurgie et psychiatrie.
- L'hospitalisation ne comprend pas les établissements en long séjour, les sections de cures médicales et les maisons de retraite médicalisées ou non médicalisées.
- 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 :
 - o le remboursement du lit et des repas, si l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé ;
 - o l'hébergement si l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier.

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

AUTRES PRESTATIONS	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 21 jours d'un curiste (réduit en proportion de la durée réelle pour les cures plus courtes)	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	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.	3,85% du PMSS

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale (variable selon les actes)

SS : Sécurité sociale

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

(1) Dans la limite du montant fixé par arrêté

IMPORTANT

Le cumul des remboursements (Régime Spécial et Couverture Supplémentaire Maladie Loi Evin) ne peut excéder le montant des frais réels. Des aides exceptionnelles pourront être attribuées en complément par le Fonds Social.

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