

# ANNEXE 1

## GRILLE DE PRESTATIONS CSM CCAS LOI EVIN 2017

### 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 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 2017**

<b>SOINS COURANTS</b>	
Visites et consultations de médecins généralistes	40% de la BR
Visites et consultations de médecins spécialistes	100% de la BR
Actes techniques médicaux, actes d'imageries, d'échographies et de radiologies	80% de la BR
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par an)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	50% de la BR
Analyses et 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

<b>OPTIQUE</b>	
Monture acceptée SS : un équipement par année civile par ENFANT (- de 18 ans)	2% du PMSS
Verres acceptés SS : un équipement par année civile par ENFANT (- de 18 ans)	440% de la BR
Monture acceptée SS : un équipement par année civile par ADULTE	5% du PMSS
Verres acceptés SS : un équipement par année civile par ADULTE	1 300% de la BR
Lentilles acceptées SS : un équipement par bénéficiaire et par année civile	1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel	7,35% du PMSS
Monture acceptée SS : 2 <sup>e</sup> équipement par an	-
Verres acceptés SS : 2 <sup>e</sup> équipement par an	-
Lentilles acceptées SS : 2 <sup>e</sup> équipement par an	-
Chirurgie corrective (y compris chirurgie intraoculaire) non prise en charge SS (par œil)	12% du PMSS

<b>DENTAIRE</b>	
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
<b>ACTES HORS NOMENCLATURE</b>	
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

<b>HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie)</b>	
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 <sup>1</sup> > 120€	
- Frais de séjour	100% de la BR
- Honoraires	100% de la BR
Avec acte CCAM <sup>1</sup> > 120€	
- Frais de séjour	100% de la BR
- Honoraires	100% de la BR
Franchise sur les actes CCAM > 120€	-
Forfait journalier	100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (60 jours par année civile)	2,1% du PMSS / jour
Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation de jour)	1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)	2,1% du PMSS / jour
Frais de transport	-

<b>APPAREILLAGE</b>	
Orthopédie et prothèse médicale	100% de la BR
Prothèse auditive unilatérale	12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	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

<b>AUTRES PRESTATIONS</b>	
Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	8% du PMSS
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> 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

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€)

<sup>1</sup> Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

### IMPORTANT

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

**Depuis le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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