



CAMIEG

INFORMATIONS ET MODIFICATIONS POUR L'ANNÉE 2020

MISE EN PLACE DE LA RÉFORME « 100% SANTÉ »

Suite à l'arrêté du 3 octobre 2019 pour l'application des remboursements dans le cadre de la réforme « 100 % santé », la grille de remboursements CAMIEG a été modifiée et est effective depuis le 1^{er} janvier 2020. Le « 100 % santé » concerne le dentaire, l'optique et l'audiologie.

Nous avons communiqué sur les modalités de mise en place, les conséquences de l'arrêté sur vos remboursements en novembre 2019.

Vous pouvez consulter notre communiqué en cliquant sur le lien suivant :

<https://www.fnem-fo.org/communiqued/optique-dentaire-audiologie-vos-remboursements-camieg-au-1er-janvier-2020/>

NOUVELLE GRILLE DE PRESTATIONS CAMIEG

Plus lisible que l'ancienne, celle-ci est consultable sur l'adresse :

https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Espace_Assur%C3%A9s/Garanties/garanties.pdf

Sur celle-ci vous constaterez une évolution concernant la prise en charge des prothèses capillaires et accessoires.

Depuis le 2 avril 2019, une meilleure prise en charge des prothèses capillaires et accessoires est applicable.



La prescription de la prothèse capillaire et/ou des accessoires (foulard, turban, bonnet...) doit être établie par un médecin dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés en oncologie ou un dermatologue. Cette prescription est renouvelable tous les 12 mois suivant la date de la prise en charge précédente.

Il est indispensable que l'obtention de la prothèse capillaire et/ou accessoire se fasse auprès d'un vendeur agréé spécialisé (informations sur le site internet de l'institut national du cancer). Celui-ci vous délivrera une feuille de soins que vous adresserez à la CAMIEG accompagnée de la prescription pour obtenir le remboursement.

Attention : Pour que vous puissiez bénéficier d'une prise en charge de votre prothèse capillaire et/ou accessoire, ceux-ci doivent être référencés par un code LPP (Liste Produits et Prestations).



Concernant les remboursements des prothèses capillaires, les remboursements sont différents selon que celles-ci soient totales (Classe 1/fibre synthétique ou 2/≥30 % cheveux naturels) ou partielles :

Type de prothèse capillaire	Prix de vente limite au public	Montant remboursé par le régime obligatoire CAMIEG	Taux de remboursement régime complémentaire CAMIEG
Prothèse capillaire totale Classe 1 (code LPP 1215636) + un accessoire textile	350 €	350 €	
Prothèse capillaire totale Classe 2 (code LPP 1277057) + un accessoire textile	700 €	60 % de la base de remboursement 250 € : 150 €	190 % de la base de remboursement 250 € : 475 €
Prothèse partielle (code LPP 1296971) + un accessoire textile	125 €	125 €	
Accessoires capillaires (code LPP 1241651)	40 € pour 3 accessoires	20 €	20 €

Attention : L'achat sur internet est autorisé uniquement pour les renouvellements. Afin de pouvoir bénéficier du remboursement, le site doit faire apparaître des liens hypertextes renvoyant vers la législation et réglementation française concernant les fournisseurs agréés par l'Assurance Maladie (numéro ADELI délivré par l'Agence Régionale de Santé, n° d'identification...).

Ces informations obligatoires apparaissent dans les mentions légales du site. La prise en charge est soumise à l'envoi de la prescription médicale, de la feuille de soins et de la facture auprès de la CAMIEG.

MODIFICATION MONTANTS DES PLAFONDS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- PASS (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale) : 41136 € (40524€ en 2019)
- PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) : 3428 € (3377 € en 2019)

MISE À JOUR DE VOTRE CARTE VITALE

Les droits stipulés sur votre carte vitale sont valables 12 mois, ils doivent être actualisés tous les ans. Cette mise à jour peut être faite en vous rendant dans une pharmacie ou cabinet médical, mais également sur les bornes accessibles dans les centres hospitaliers, accueil Caisse Primaire d'Assurance Maladie...

Attention : cette mise à jour est indispensable également dès lors qu'une modification sur votre dossier santé est effectuée (modification administrative, déclaration d'un nouvel ayant-droit, déclaration Affection Longue Durée...).

LES CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS LORSQU'IL EXISTE DES GÉNÉRIQUES

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les conditions de prescription d'un médicament original pour lequel l'équivalent existe en générique se sont réduites. Jusque fin 2019, votre médecin stipulait sur votre ordonnance la mention « non substituable » et votre pharmacien vous délivrait le médicament original. Vous bénéficiez du Tiers Payant.

Désormais, la notion « non substituable » devra être accompagnée de la raison pour laquelle vous ne pouvez prétendre au médicament générique. Ces raisons sont déclinées en trois codes correspondant à trois situations médicales :

- MTE : le patient est stabilisé avec un médicament original (restriction à certains principes actifs).
- EFG : concerne les enfants de moins de 6 ans si aucun médicament générique n'est adapté.
- CIF : le patient présente une **contre-indication** formelle et démontrée à un excipient présent dans les médicaments génériques disponibles (*Attention* : pour cette notion, vous aurez au préalable subi les effets secondaires indésirables du générique !).

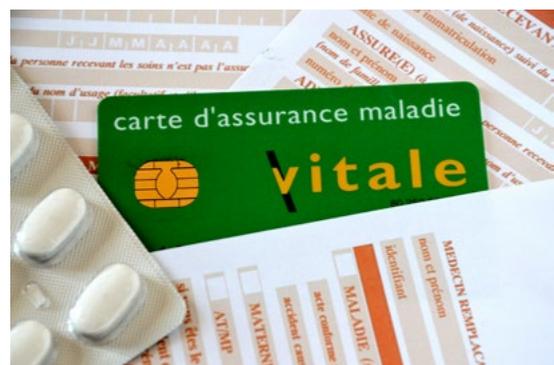
Attention : la notion « non substituable » et la justification médicale doivent être notifiées pour chaque médicament prescrit.

Le remboursement :

- vous acceptez le médicament générique ou votre médecin a notifié « non substituable » avec la justification médicale : aucune avance des frais, aucun reste à charge.
- vous refusez le médicament générique et le pharmacien vous délivre le médicament original : vous ne bénéficierez pas du Tiers Payant, vous avancerez les frais et le pharmacien vous délivrera une feuille de soins à adresser par voie postale à la CAMIEG.

Vous serez remboursé sur la Base de Remboursement du TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) qui correspond au prix du médicament générique le plus cher du groupe générique concerné (ce montant étant toujours en dessous du montant du médicament original).

Les médicaments sont pris en charge à 100 % par la CAMIEG, mais sur cette Base de Remboursement. Pour exemple : le médicament générique le plus cher du groupe est d'un montant de 7 € et vous avez réglé le médicament original 10 €. Les 3 € de différence seront à votre charge (+0,50 € de franchise par boîte de médicaments pour les + de 18 ans).



DÉREMBOURSEMENT PROGRESSIF À COMPTER DE JANVIER 2020 POUR 1200 PRODUITS HOMÉOPATHIQUES

La liste de ceux-ci est disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/10/4/SSAS1925246A/jo/texte>

Jusqu'à présent, la prise en charge concernant la part Régime Obligatoire était de 30 %, elle passe à 15 %.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2021, ces produits restent pris en charge à 100 % par la CAMIEG. À compter de 2021, n'ayant plus aucune intervention de la part du régime obligatoire, ceux-ci ne seront plus pris en charge par la CAMIEG.

ARRÊT DE LA VENTE EN LIBRE-SERVICE DU PARACÉTAMOL ET CERTAINS ANTI-INFLAMMATOIRES (IBUPROFÈNE ET ASPIRINE) À COMPTER DU 15 JANVIER 2020

Les règles de délivrance de ces médicaments ne sont pas modifiées, ils restent disponibles sans ordonnance médicale obligatoire. Ils seront désormais placés derrière le comptoir du pharmacien afin que celui-ci puisse conseiller et vérifier que les conditions d'utilisation sont appropriées à la situation clinique du patient.

LA CAMIEG MET EN ŒUVRE LE DROIT À L'ERREUR CONCERNANT LES TRANSPORTS POUR MOTIF MÉDICAL POUR L'ANNÉE 2020

Les refus de remboursement concernant les transports pour motif médical sont bien trop nombreux.

Ces refus vous les subissez, car ils sont très rarement du fait d'un manquement volontaire de votre part, on vous demande d'être expert administratif de l'Assurance Maladie !

Nous vous avons déjà informés que la centralisation des demandes d'ententes préalables (transports sanitaires de plus de 250 kms, transports itératifs, demande pour certains soins...) des assurés CAMIEG est en cours d'instruction pour 2020. Le dossier avance et nous espérons pouvoir prochainement communiquer sur l'aboutissement de ce projet attendu par un bon nombre d'entre vous. Celles-ci sont actuellement à adresser à l'échelon local de la CPAM de votre lieu de domicile.

La CAMIEG dans l'attente de la mise en place de la centralisation des demandes a décidé de donner droit à l'assuré sur le remboursement de frais de transport dès lors que l'assuré apporte la preuve que la situation subie n'est pas de son fait (erreur du professionnel de santé ou établissement de soins médicaux, document rempli bien en amont et envoyé à la CPAM qui affirme ne pas avoir reçu...).

Comment cela va-t-il être mis en place, quelles conditions ?

- Vous recevrez la notification de refus de remboursement pour les frais de transport, celle-ci précisera les raisons du refus et la possibilité de saisir la Commission Recours Amiable de la caisse.
- Vous saisissez la CRA. À réception de votre saisine, la CAMIEG étudiera votre situation et déclenchera le remboursement des frais de transport précédemment refusés si les faits démontrent que vous n'êtes pas responsable de la situation. Votre dossier ne sera pas étudié lors d'une Commission Recours Amiable.
- Lors du déclenchement du remboursement, la caisse vous enverra un courrier vous exposant les faits qui l'ont amené à déclencher le remboursement et vous fournira les explications concernant les démarches à effectuer afin que la situation de refus pour une même situation ne se reproduise plus.

Attention : Le droit à l'erreur est mis en place pour les refus de remboursement de frais de transports sanitaires uniquement. Il n'est appliqué qu'une seule fois. Dans le cas où la CAMIEG malgré l'exposition des faits que vous avez faite ne déclenche pas le remboursement précédemment refusé, votre dossier sera étudié lors d'une Commission de Recours Amiable.