

LIVRET CAMIEG





SIÈGE :
60 rue Vergniaud
75013 Paris
01 44 16 86 20

www.fnem-fo.org

secteur.communication@fnem-fo.org

N° ISSN : 0153-7865

DIRECTEUR
DE LA PUBLICATION
Alain ANDRÉ

ÉQUIPE DE RÉDACTION
Laurence PINET
François MOYNE
Thomas CLAIN

PHOTOS
Adobe Stock

CONCEPTION GRAPHIQUE
ET IMPRESSION
Compédit Beauregard
ZI Beauregard – BP 39
61600 La Ferté-Macé
02 33 37 08 33

DATE DE PUBLICATION
Septembre 2023



P.04 **vosre affiliation**

- 04 > La couverture maladie dans les IEG
- 05 > Qui peut bénéficier de la CAMIEG ?
- 06 > Affiliation jeune embauché
- 07 > Affiliation des enfants
- 09 > Affiliation conjoint, concubin, partenaire d'un PACS

changement de situation

- 10 > Enfant étudiant
- 11 > Enfant en contrat d'alternance
- 12 > Modifications de votre situation d'ordre personnel ou familial
- 14 > Départ à la retraite
- 16 > Voyager, travailler, vivre ou étudier à l'étranger

P.10

P.22 **comprendre ses prestations et être bien remboursé**

- 22 > Comment être bien remboursé de ses frais médicaux
- 24 > Comprendre le tableau de garanties
- 26 > Les relevés de remboursements
- 27 > Accord préalable
- 29 > Prise en charge des médicaments

- P.30 30 > Affection Longue Durée – ALD
- 32 > Hospitalisation
- 34 > L'Hospitalisation À Domicile (HAD)
- 35 > Optique
- 37 > Soins et prothèses dentaires
- 38 > Le 100 % Santé ou Reste à charge Zéro
- 41 > Maternité
- 42 > Transports médicaux
- 43 > Cures thermales

les soins

P.45 **Infos pratiques**

- 45 > Dialoguer, envoyer, réclamer, contester
- 48 > Mes cartes
- 50 > Les outils Internet de l'assuré CAMIEG
- 52 > Mon Espace Santé
- 53 > Les actions de prévention
- 54 > Aides sociales

P.56

Glossaire

L'article 23 du Statut national du personnel des IEG détermine le premier niveau de couverture maladie qui comprend la part Régime Obligatoire et la part Régime complémentaire.

Cette couverture maladie est gérée par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières : la CAMIEG.

Fin 2022, vous êtes plus de 500 000 bénéficiaires, ouvrants droit (salariés et pensionnés IEG) et ayants droit (membres des familles des assurés cotisants IEG) à être affiliés à la CAMIEG.

FO Énergie et Mines est engagée dans la défense de vos intérêts collectifs et individuels, au niveau de votre protection sociale. Nos représentants œuvrent dans ce sens au sein du Conseil d'administration de la CAMIEG.

Nous vous proposons de retrouver dans ce guide toutes les réponses à vos interrogations liées à la couverture maladie dans les IEG.

“

**Vous souhaitez davantage d'informations ?
Vos représentants locaux FO sont à votre disposition, contactez-les.**

”

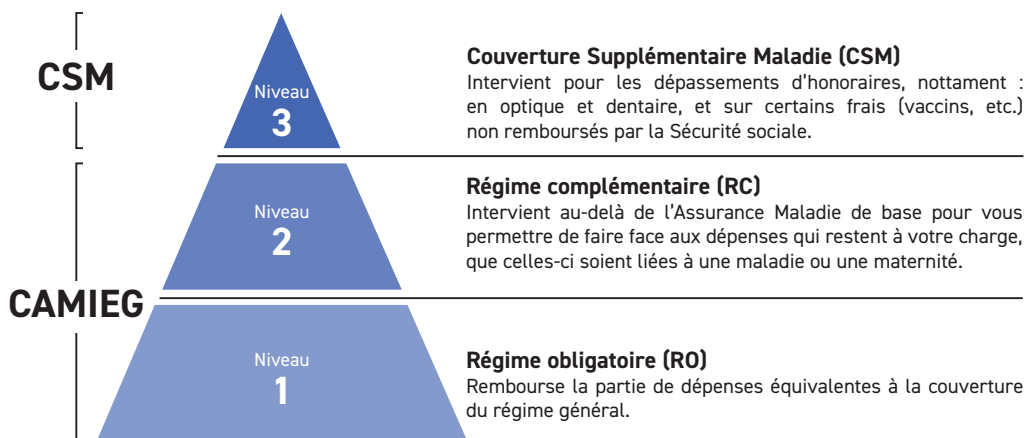
Alain ANDRÉ
Secrétaire Général FO Énergie et Mines



La couverture maladie dans les IEG

En tant que salarié des IEG, vous bénéficiez de 3 niveaux de garanties pour vos dépenses de santé : 2 dépendent du régime spécial de Sécurité sociale des IEG auxquels s'ajoute une Couverture Supplémentaire Maladie (CSM*).

Il vous est possible de renforcer votre couverture santé, à titre individuel, avec un 4^e niveau. Dans ce cas, il vous appartient de faire vos propres démarches.



La CAMIEG, créée par le décret du 30 mars 2007, est un organisme de Sécurité sociale et assure la gestion du régime spécial d'Assurance Maladie-maternité des personnels sous statut des industries électriques et gazières. La CAMIEG ne gère pas les arrêts de travail, les accidents de travail, les maladies professionnelles.

Votre cotisation, différente que l'on soit en activité ou retraité, est prélevée sur les salaires ou les pensions pour la part Régime Obligatoire (RO) et la part Régime Complémentaire (RC). Elle reste identique quel que soit le nombre de personnes de la famille bénéficiant de la couverture CAMIEG.

Les services de la Caisse assurent :

- Le service des prestations en nature (maladie maternité) pour le Régime Général et pour le Régime Complémentaire.
 - La gestion des droits de la population protégée (affiliation, mise à jour des dossiers...).
 - L'accueil des bénéficiaires et des professionnels de santé, la prise en charge de leurs demandes.
 - La mise en œuvre des dispositifs d'accès aux soins et de dispense d'avance des frais.
 - Des actions de prévention.
 - Le recouvrement des cotisations du Régime Complémentaire et son équilibre financier.
- La gestion des remboursements (télétransmission, feuilles de soins papiers) est centralisée auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine.

* La Couverture Supplémentaire (CSM) est obligatoire pour les actifs et facultative pour les inactifs. Pour en savoir plus, voir notre chapitre *Départ à la retraite*.

Qui peut bénéficier de la CAMIEG ?

La CAMIEG gère la part Régime Obligatoire (Régime Général de la Sécurité sociale) et la part du Régime Complémentaire dans les IEG (voir notre chapitre *La couverture maladie dans les IEG*).

La couverture CAMIEG est obligatoire pour les actifs et les retraités, s'ils ont effectué *a minima* 15 ans de service.

Les salariés des SICAE (Sociétés d'Intérêt Collectif Agricole d'Électricité) sont rattachés à la MSA pour la part du régime de base et bénéficient de la couverture CAMIEG pour la part complémentaire.

Le bénéfice de la couverture CAMIEG peut être proposé à certaines catégories de salariés non statutaires :

- **Médecins** en activité justifiant de 17 h 30 par semaine de travail pour les entreprises des IEG ou CCAS. Ils peuvent encore en bénéficier lors de leur retraite s'ils justifient de 15 ans de service.
- **Salarié et retraité** relevant ou ayant relevé de la Convention Collective Nationale des personnels de la CCAS.
- **Veuf ou veuve** d'une personne relevant de la catégorie précédente, dès lors que votre conjoint était ouvrant droit CAMIEG.

Les personnels non statutaires sont rattachés à la CAMIEG uniquement pour la part Régime Complémentaire. Cette souscription est une option qui doit être proposée par les employeurs IEG ou CCAS. L'offre est valable 90 jours à compter de l'événement (embauche, retraite, décès). Le veuf ou la veuve de l'ouvrant droit peut en bénéficier sous conditions de ressources personnelles annuelles inférieures à 1 560 fois le SMIC horaire (pension de réversion non comprise).

Bénéficiaire également de la CAMIEG pour les deux couvertures **les enfants des agents jusqu'à leurs 24 ans sous conditions** (voir les chapitres *Affiliation des enfants, Enfant étudiant et Enfant en alternance*).

Les conjoints, partenaires de PACS, concubins, les enfants de 24 à 26 ans, les enfants orphe-

lins d'un parent et handicapés ou enfants atteints d'un handicap médicalement reconnu avant leur 21^e anniversaire (sans condition d'âge) peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, de la couverture CAMIEG pour la part complémentaire uniquement. Voir le chapitre *Affiliation conjoint, concubin,*

PACS et la fiche pratique *Assuré CAMIEG, part complémentaire seule*.

La validation des droits CAMIEG concernant les membres de votre famille leur permet de bénéficier également des garanties de votre Couverture Supplémentaire Maladie (Énergie Mutuelle, Solimut).



Affiliation jeune embauché

Dès votre embauche, vous relevez de la couverture maladie-maternité des IEG, qui se compose de deux organismes :

- La CAMIEG, qui gère la part Régime Obligatoire (Sécurité sociale) et la part complémentaire.
- Énergie Mutuelle, qui gère la CSM-A (Couverture Supplémentaire Maladie).

Affiliation à la CAMIEG

Les démarches d'affiliation sont effectuées par votre employeur. La CAMIEG vous enverra un courrier de confirmation d'affiliation avec une demande des pièces complémentaires.



Si vous avez créé un compte Ameli avant votre embauche dans les IEG, la CAMIEG peut vous envoyer la demande de pièces complémentaires via votre espace Ameli.

Affiliation à la CSM-A d'Énergie Mutuelle (Couverture Supplémentaire Maladie)

À réception de votre attestation CAMIEG, vous devez vous faire connaître d'Énergie Mutuelle afin de valider votre adhésion CSM-A et obtenir vos remboursements.

Les démarches sont différentes selon l'entreprise dont vous dépendez.



Rendez-vous sur l'adresse :

<https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/bulletin-affiliation-csm>

afin d'accéder au bulletin d'affiliation vous concernant.

Dès votre adhésion validée, vous recevrez votre carte d'adhérent. Si besoin, un représentant FO peut vous accompagner dans vos démarches.



- Si vous ne recevez aucun courrier de la CAMIEG dans les 45 jours suivant votre embauche, prenez contact avec elle.
- Dès confirmation de votre affiliation, effectuez la mise à jour de votre carte vitale.
- Si vous aviez une mutuelle, effectuez sa résiliation.

Affiliation des enfants

Pour que votre enfant soit couvert par la CAMIEG, vous devez effectuer **une demande de rattachement**, que celui-ci vous soit affilié par la naissance, l'adoption ou recueilli ou si vous êtes représentant légal d'un enfant sous tutelle ou pupille de la Nation.

L'enfant est couvert par la CAMIEG pour la part Régime Obligatoire et Complémentaire jusqu'à ses :

- 16 ans dans tous les cas.
- 24 ans s'il poursuit des études ou s'il est sans activité.

De 16 ans à 24 ans

À 16 ans, votre enfant reçoit automatiquement le formulaire afin de recevoir sa propre carte vitale. Celle-ci comporte son propre numéro de Sécurité sociale (1). Il doit également déclarer auprès de la CAMIEG le choix de son médecin traitant. Il continuera de bénéficier de la couverture CAMIEG pour la part Régime Obligatoire et Complémentaire.

S'il effectue une activité salariée, y compris en contrat d'alternance, **ou perçoit une allocation** (AAH...), il est indispensable qu'il soit déclaré au Régime Obligatoire auprès de la CPAM ou de la MSA, mais pourra continuer à bénéficier de la couverture complémentaire CAMIEG, sous conditions de ressources*.

À partir de 24 ans

Votre enfant ne peut plus être rattaché à la CAMIEG pour la part Régime Obligatoire. Il doit se faire connaître auprès du Régime Général (CPAM ou MSA). Il

peut continuer à bénéficier de la couverture CAMIEG uniquement pour la part Régime Complémentaire de 24 à 26 ans sous conditions de ressources*.

Au-delà de 26 ans

Seul un enfant orphelin d'un parent et handicapé OU un enfant atteint d'un handicap médicalement reconnu d'une incapacité d'au moins 80 % avant son 21^e anniversaire peut bénéficier, chaque année, sous conditions de ressources*, de la couverture CAMIEG pour la part complémentaire uniquement.



L'enfant, dès lors qu'il est reconnu par la CAMIEG bénéficie de votre contrat CSM-A. Pour les autres contrats sur-complémentaires, reportez-vous aux conditions de votre contrat.



À partir de 16 ans ou lors de tout changement de la situation de votre enfant (handicap, études...), vérifiez bien son rattachement. En cas de doute, contactez la CAMIEG.

(1) Une demande de carte vitale peut être faite dès l'âge de 12 ans, via le compte Ameli.

* Se référer à notre fiche pratique « Ayant droit en part complémentaire ».

À savoir dans le cas du rattachement aux deux parents :

Un enfant peut être rattaché aux deux parents. Mais il est important de définir quel parent sera identifié comme « rattachement principal ». Cette décision permettant de savoir sous quel numéro de Sécurité sociale l'enfant sera rattaché à partir de ses 16 ans et tant qu'il ne sera pas assuré par lui-même.

Si les deux parents sont salariés des IEG

Le choix de ce rattachement n'aura aucune incidence sur les remboursements CAMIEG.

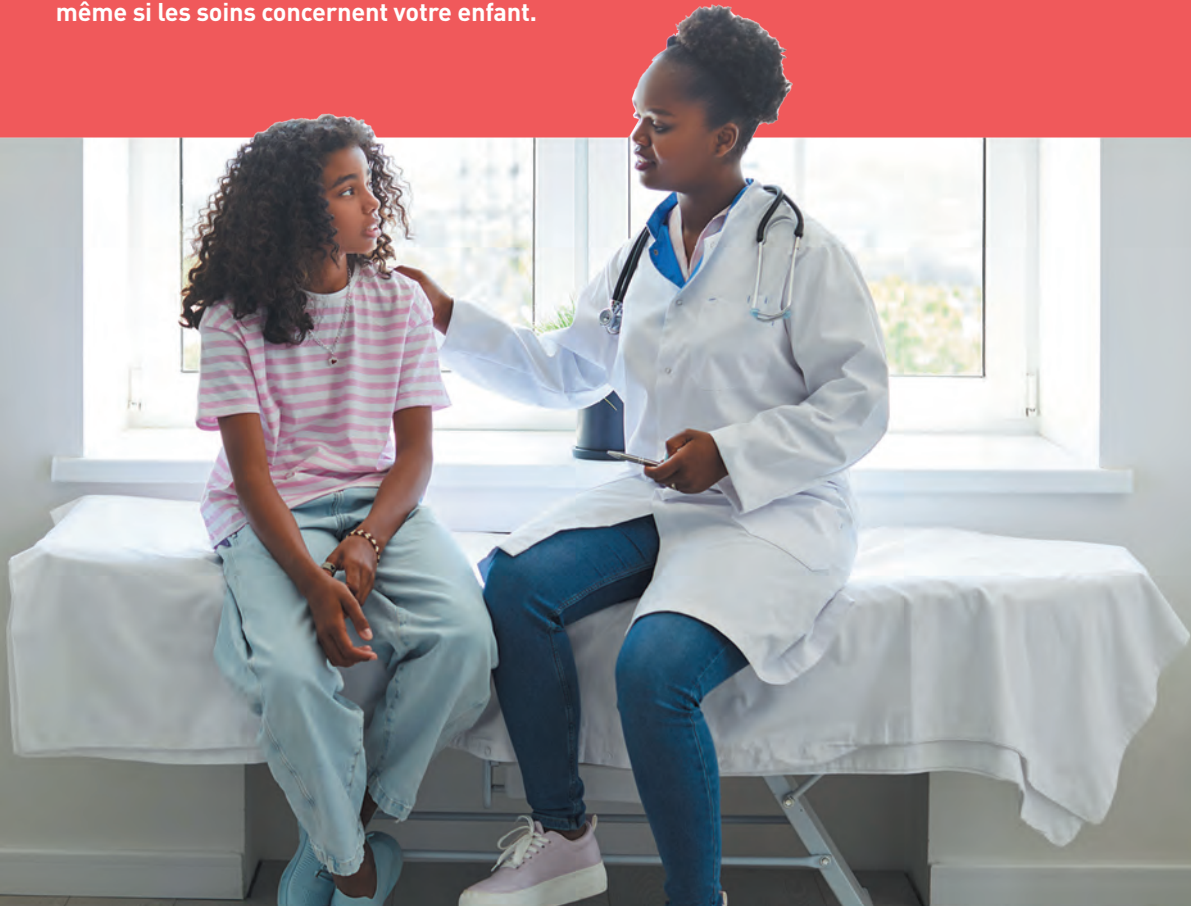


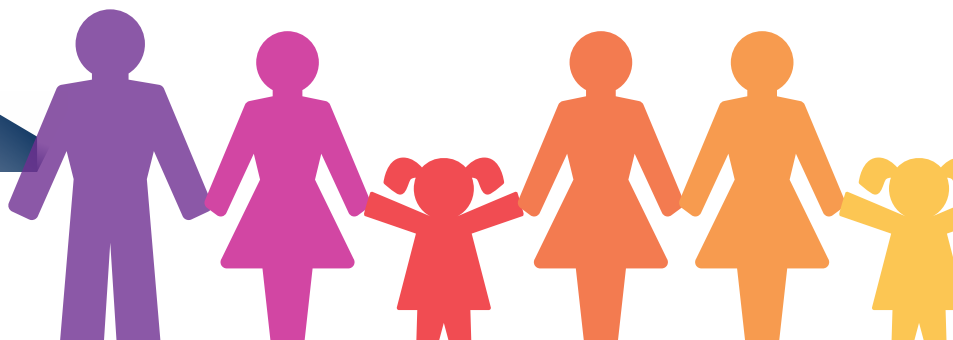
Un seul des deux parents est reconnu cotisant « famille » par Énergie Mutuelle dans le cadre de votre contrat CSM-A. Il est conseillé qu'il soit également « rattachement principal ». Pour un remboursement optimal des soins de l'enfant, il faudra systématiquement utiliser la carte vitale du parent « rattachement principal ».

Si un seul parent est salarié des IEG

Pour que l'enfant continue de bénéficier des mêmes prestations CAMIEG que vous, ses feuilles de soins et factures doivent être établies avec votre numéro de Sécurité sociale.

Autrement, le traitement des remboursements le concernant doit passer par l'organisme dont dépend l'autre parent. La CAMIEG et Énergie Mutuelle ne prendront pas en charge les documents comportant le numéro de Sécurité sociale du parent non assuré à la CAMIEG, même si les soins concernent votre enfant.





Affiliation conjoint, concubin, partenaire d'un PACS

Les conjoints, concubins, partenaires d'un PACS peuvent bénéficier des prestations complémentaires CAMIEG, sous conditions de ressources.

Première demande

Lors de votre première demande de rattachement, ou lorsque vos droits complémentaires ont été fermés, complétez le formulaire « *demande de rattachement des membres de la famille pour la part complémentaire seule* », sans oublier les documents demandés.

Conditions de ressources

Afin de pouvoir bénéficier des droits pour l'année N, il faut avoir déclaré pour l'année N - 2 des ressources annuelles en deçà du montant correspondant à 1 560 fois le taux horaire SMIC de l'année N. Cela signifie que pour avoir droit aux prestations complémentaires en 2024, il faut avoir déclaré moins de 16 923 € en 2022.

Renouvellement annuel des droits

Il n'y a aucune démarche à effectuer. La DGFIP (Direction Générale des Finances Publiques) informe la CAMIEG de vos ressources. Si celles-ci ne dépassent pas le nouveau plafond fixé, vos droits sont reportés pour l'année suivante.

La CAMIEG vous contactera si elle n'est pas parvenue à recueillir vos revenus par la DGFIP.

Si vos revenus dépassent le plafond. Dans ce cas, la CAMIEG vous en informera dès l'automne. Et vous pourrez contester ce montant auprès de la Commission Recours Amiable (CRA). Voir le chapitre « *Dialoguer, envoyer, réclamer, contester* ».



Si ce montant s'avère exact, la souscription à une mutuelle sera nécessaire dès le 1^{er} janvier suivant. Si la situation de votre conjoint évolue et lui permet de bénéficier à nouveau des prestations complémentaires CAMIEG, il est possible de refaire une demande d'affiliation.

Voir également notre fiche pratique « *Ayant droit en part complémentaire* ».



Si vos revenus déclarés ont dépassé le plafond, vous devrez contracter une couverture maladie complémentaire auprès d'une mutuelle.

Enfant étudiant



Déclarer un médecin traitant

En tant qu'étudiant, pour que ses dépenses de santé soient bien prises en charge, votre enfant devra déclarer un médecin traitant. Voir notre fiche pratique sur « *Le parcours de soins* ».



Le médecin traitant n'exerce pas forcément dans la ville où réside l'étudiant.

Dans ce cas, l'étudiant pourra consulter un autre médecin généraliste dans sa ville d'étude, qui devra simplement cocher la case « hors résidence » sur la feuille de soins.

Démarches à accomplir

Aucune, si votre enfant a moins de 24 ans. Il reste affilié à la CAMIEG, pour le régime de base et le Régime Complémentaire, et n'a pas besoin de souscrire une mutuelle étudiante.

À compter de ses 24 ans, votre enfant doit se faire connaître auprès de la CPAM/MSA de son lieu de domicile pour la part du Régime Obligatoire. Cependant, il pourra continuer à bénéficier du Régime Complémentaire de la CAMIEG selon ses revenus.

Dans ce cas, il faudra faire une **Demande de rattachement des membres de la famille au Régime Complémentaire**.

Voir également notre fiche pratique « *Ayant droit en part complémentaire* ».

Pour se faire connaître auprès de sa CPAM

Votre enfant doit remplir le formulaire **demande de mutation** et l'adresser à la CPAM/MSA de son lieu d'habitation.



Si vous avez une surcomplémentaire (Énergie Mutuelle, Solimut, autre...) prenant en charge votre étudiant, n'oubliez pas de l'informer.

En cas d'études l'étranger

Voir le chapitre « *Voyager, travailler, vivre ou étudier à l'étranger* ».



Pour en savoir plus : voir également notre fiche pratique :

« Couverture maladie de votre enfant étudiant ».



Si la mention suivante « ces informations ont été transmises à votre organisme complémentaire » n'apparaît pas sur ses premiers décomptes, transmettez-les par voie postale à la CAMIEG, et si besoin joignez la facture acquittée des soins. N'oubliez pas d'en garder des copies.

Désormais, votre enfant est salarié. Son nouveau statut l'oblige à être couvert pour le Régime Obligatoire auprès de la Caisse d'Assurance Maladie (CPAM/MSA) de son lieu de résidence. Cette modification est indispensable afin qu'il puisse être indemnisé en cas d'arrêt de travail, accident du travail et maladie professionnelle.

Pour se faire connaître auprès de sa CPAM

Dès l'obtention du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, votre enfant doit compléter le formulaire « *Demande de mutation* ». Ce formulaire est à retourner à la CPAM/MSA de son lieu de résidence.

Il peut continuer jusqu'à ses 26 ans à être couvert pour la part Régime Complémentaire CAMIEG, sous conditions de ressources. Dans ce cas, il faudra faire une « *Demande de rattachement des membres de la famille* » au Régime Complémentaire seul.

Voir également notre fiche pratique « *Ayant droit en part complémentaire* ».

Une souscription à la mutuelle employeur ou non ?

À la signature du contrat d'apprentissage, son employeur lui soumettra l'adhésion à la couverture collective obligatoire de l'entreprise. Il peut en être dispensé en tant qu'ayant droit CAMIEG.

Dès la signature du contrat, une demande de dispense manuscrite doit être faite en y joignant une attestation CAMIEG faisant apparaître ses droits actuels. L'employeur ne peut s'y opposer.



Si vous avez une surcomplémentaire (Énergie Mutuelle, Solimut, autre...) prenant en charge votre enfant alternant, n'oubliez pas de l'informer.

Votre enfant effectue un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation au sein des entreprises des IEG

Son statut est celui de salarié non statutaire. Afin d'être couvert (indemnités journalières, accident de travail, maladie professionnelle), il doit être rattaché à la CPAM pour la part Régime Général.

Les conditions d'affiliation au Régime Complémentaire CAMIEG sont identiques à celles d'un apprenti hors IEG.



Pour que les dépenses de santé soient bien prises en charge, votre enfant devra déclarer un médecin traitant. Voir notre fiche « *Pratique sur le parcours de soins* ».



Le médecin traitant n'exerce pas forcément dans la ville où réside votre enfant. Dans ce cas, votre enfant pourra consulter un autre médecin généraliste dans sa ville d'étude, qui devra simplement cocher la case « hors résidence » sur la feuille de soin.



Pour en savoir plus : voir également notre fiche pratique : « **Couverture santé – contrat d'apprentissage ou de professionnalisation** ».

Modifications de votre situation d'ordre personnel ou familial



Déménagement

Communiquez votre nouvelle adresse à la CAMIEG et à votre surcomplémentaire.

Déclaration de grossesse

Pour rappel, la déclaration est réalisée lors de la consultation avec votre professionnel de santé.

Voir le chapitre « Maternité ».

Naissance

L'ouverture complète des droits de votre enfant, né ou adopté nécessite de remplir, signer et renvoyer :

- Le formulaire « *Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés IEG* » avec les documents demandés par la CAMIEG (livret de famille, jugement d'adoption...).

- La déclaration de choix du médecin traitant.



Pensez à demander **la prime layette** en adressant le formulaire de demande à la CAMIEG. Dans le cas où les deux parents ont la qualité d'ouvrant droit, seul l'un des deux parents pourra y prétendre.

Mariage

Dans le cas où vous souhaiteriez modifier votre nom d'usage :

- Remplissez le formulaire « *demande expresse utilisation nom d'usage* ».

Une fois rempli, il est à adresser à la CAMIEG en

y joignant une copie du certificat de mariage. La caisse vous adressera par la suite le formulaire « *ma nouvelle carte vitale* » avec la procédure à suivre pour la recevoir.



Divorce/Séparation/ Rupture de PACS

Vous devrez transmettre à la CAMIEG :

- Si divorce : copie de la transcription du jugement de divorce ou l'acte de mariage stipulant en marge la mention de divorce.



- Si séparation de droit ou de fait : l'ordonnance du certificat de non-conciliation ou une déclaration sur l'honneur stipulant la séparation.

- Si rupture du PACS : copie de la décision de dissolution du PACS.

Décès

- **Décès de l'Ouvrant Droit** (OD), la mairie du lieu du décès informe directement la CAMIEG.



Pensez à retourner la carte vitale du défunt à la CAMIEG.

Les droits CAMIEG restent ouverts :

- Pendant 1 an après la date de décès, pour les Ayants Droit (AD) couverts par le Régime Obligatoire et complémentaire.



Rapprochez-vous de la CAMIEG, pour connaître les remboursements que le défunt avait en attente. Ils peuvent entrer dans la succession.

- Jusqu'au 31 décembre de l'année du décès, pour les AD du Régime Complémentaire seul.



Les ayants droit peuvent percevoir la pension de réversion ou d'orphelin de la CNIEG. Celle-ci se met en relation avec la CAMIEG. Dès lors, elle vous indiquera les démarches à effectuer et la continuité des droits possibles.

- **Pour les autres situations** (ayant droit ou bénéficiaire du Régime Complémentaire seul) : pensez à adresser l'acte de décès à la CAMIEG.

La CAMIEG peut attribuer une **allocation décès** à un ouvrant droit lors du décès d'un membre de sa famille (conjoint, enfant). Cette allocation est indexée à

l'évolution du salaire national de base des IEG (réf. : 640 € au 1^{er} juillet 2022).

Pour la percevoir, il est impératif d'adresser :

- Une copie de l'acte de décès du défunt.
- Le formulaire de demande d'allocation décès complété.
- Un justificatif de parenté avec le défunt.

Modification de la situation professionnelle de l'ouvrant droit

- Si changement d'employeur IEG : aucune démarche, il y a continuité des droits.

- Complément d'activité autre que dans les IEG :

- Le 1^{er} régime affilié assure les droits.

- À votre demande, vous pouvez changer de régime d'affiliation par le formulaire suivant : *droit d'option auprès du régime compétent pour prendre en charge les frais de santé des assurés polyactifs ou polypensionnés*. Il sera à retourner à la caisse dont vous dépendez.



Départ à la retraite

La retraite approche et vous souhaitez vous préparer au mieux ?

Parmi les différents sujets à examiner, il est important de prendre un temps pour vous assurer que vous resterez bien couvert pour vos dépenses de santé et bien choisir votre futur contrat individuel supplémentaire de couverture santé.

L'objectif : limiter vos dépenses de santé non prises en charge par le Régime Obligatoire.

Votre couverture santé obligatoire et complémentaire

- **Si vous êtes titulaire d'une pension vieillesse ou invalidité versée par la CNIEG** et sous réserve de 15 ans de service dans les entreprises des IEG :
 - vous n'avez pas de démarches à effectuer lors de votre passage en inactivité ou en invalidité. La CNIEG informe la CAMIEG de ce changement,
 - les conditions de prise en charge de vos ayants droit ne sont pas modifiées.

Cas particulier :

Pour les retraités des SICAE, vous bénéficierez de la CAMIEG pour la part obligatoire et pour la part complémentaire et vous n'avez pas de démarches à faire.



● Vous n'avez pas 15 ans de service dans les IEG :

- vous ne pouvez plus bénéficier de la CAMIEG, ni pour la part obligatoire, ni pour la part complémentaire,
- vous devez vous adresser à la caisse d'assurance maladie du régime liquidant votre pension principale.

● Vous êtes polypensionné(e) :

- vous pouvez exercer un droit d'option auprès du régime de votre choix par courrier libre ou par le biais du *formulaire de droit d'option des assurés polyactifs ou polypensionnés* et adressez-le à la caisse d'assurance maladie de votre lieu de résidence.

● Vous allez résider à l'étranger ?

Voir notre chapitre « *Voyager, travailler, vivre ou étudier à l'étranger* ».

● Vous reprenez une activité professionnelle ?

Vous serez affilié au régime d'assurance maladie dont relève votre activité pour la part de base et à la CAMIEG pour la part complémentaire.



Dans tous les cas, il est recommandé de contacter la CAMIEG pour vous assurer du bon suivi de votre dossier et de votre affiliation.

Votre couverture santé supplémentaire

En activité, vous êtes couvert par la CAMIEG et un contrat supplémentaire maladie. Cette couverture supplémentaire cesse lors de votre départ en retraite.

Afin de bénéficier de remboursements supplémentaires, 4 choix s'offrent à vous :

1. Le contrat CSM « Loi Évin » par Énergie Mutuelle

La Loi Évin vous permet de continuer à bénéficier de votre contrat CSM d'Énergie Mutuelle (MutiegA). **Vous avez 6 mois maximum** à compter de votre date de mise en inactivité pour demander le maintien de vos garanties.

Vous assumerez seul la cotisation, l'employeur ne participant plus à celle-ci comme lorsque vous étiez actif (65 % de la cotisation étant payée par celui-ci).

Votre demande d'adhésion peut être faite en ligne sur le [site d'Énergie Mutuelle](#).

2. Adhérer à la Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités

La Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités (CSMR) a été conçue de manière à préserver pour les retraités les mêmes niveaux de garantie que ceux des actifs.

Pour en savoir plus ou si vous souhaitez y souscrire, rendez-vous sur le [site de SOLIMUT](#).



Pour en savoir plus, vous pouvez également consulter notre fiche pratique : « **Bientôt la retraite ? Que devient ma couverture santé ?** ».



Afin de ne pas avoir de rupture de couverture, faites le nécessaire dès que vous avez la confirmation de votre départ en retraite. Si vous adhérez dans un délai de 12 mois à compter de la date de votre retraite, vous bénéficierez du remboursement de vos soins dès votre adhésion. Dans le cas contraire, vous aurez un délai de 3 mois de carence avant de pouvoir bénéficier du remboursement de vos soins.

3. Adhérer à une complémentaire autre que les garanties CSMR ou CSM Loi ÉVIN

Trois statuts existent concernant les contrats Santé :

- Mutuelles (aucun questionnaire de santé, à but non lucratif).
- Mutuelles d'assurance (questionnaire de santé, à but non lucratif).
- Assurances santé (questionnaire de santé, but lucratif).

Vous pouvez également ne plus adhérer à une couverture supplémentaire. Ce choix vous appartient, mais nous tenons à vous sensibiliser sur le fait que vous bénéficierez, dans ce cas, uniquement des garanties CAMIEG (sous couvert de 15 ans de service).

4. Adhérer à une surcomplémentaire, un contrat additionnel appelé surcomplémentaire santé ou de 4^e niveau

Ce contrat viendra en complément des remboursements de la CAMIEG et de la mutuelle complémentaire que vous aurez choisie, permettant d'améliorer encore les taux de remboursement.

Avant tout engagement, n'hésitez à comparer les garanties et les prix.

Voyager, travailler, vivre ou étudier à l'étranger



Dans tous les cas, pensez à conserver l'ensemble des prescriptions médicales, factures acquittées et justificatifs de paiement. N'hésitez pas à rédiger un courrier d'accompagnement décrivant les circonstances et les soins reçus en les adressant à la CAMIEG.

Avant de partir

La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

Elle vous permet de bénéficier du même accès aux soins de santé publique que les ressortissants du pays que vous visitez. Vous pourrez avoir une dispense d'avance des frais, ou être remboursé directement sur place par l'organisme de Sécurité sociale du pays.

Elle s'applique aux citoyens des 28 États membres de l'UE, d'Islande, du Liechtenstein, de Norvège et de Suisse. Elle est valide 2 ans.

Si vous n'avez pas votre CEAM lors du séjour ou si vous n'avez pas demandé la prise en charge des frais sur place, vous réglez l'intégralité des soins reçus. Leur remboursement peut être demandé au retour en France.

Important : Chaque membre de la famille doit posséder sa propre carte, même les enfants.

Vous pouvez demander la CEAM à la CAMIEG ou en faire la demande en ligne sur votre compte Ameli (recommandé pour vos ayants droit).

Votre départ est imminent? vous pouvez obtenir un certificat provisoire pour assurer votre prise en charge, de la même façon que la CEAM. Il est valable 3 mois.



Faites votre demande de CEAM
au moins deux semaines avant
votre départ.

En cas d'oubli, de perte, ou de vol de votre carte : Contactez la CAMIEG qui vous délivrera un certificat provisoire.

Se renseigner avant de partir

- ◆ Le rapatriement
Les frais de rapatriement ne sont jamais pris en charge par la CAMIEG ou par l'assurance maladie.
- ◆ La situation sanitaire.



Il est souvent souhaitable de s'informer, avant le départ, sur l'état sanitaire du pays.

Nous vous conseillons de vous renseigner auprès :

- ◆ De vos assureurs (multirisques-habitation, carte bancaire, mutuelle...).
- ◆ De votre agence de voyages.
- ◆ Du *Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS)*.
- ◆ Du *ministère des Affaires étrangères*.



En cas de doute, n'hésitez jamais à contacter la CAMIEG avant votre départ.

Vous partez plus d'un mois, comment obtenir vos médicaments ?

Votre pharmacien ne peut délivrer en une seule fois votre traitement pour une durée supérieure à 4 semaines ou à 30 jours.

Si vous devez voyager à l'étranger pour une durée supérieure à 1 mois et inférieure à 6 mois, il existe cependant une procédure permettant d'obtenir une dérogation.

- ◆ Votre médecin doit vous fournir une ordonnance indiquant la mention « *À délivrer en une seule fois pour départ à [pays de destination] pour une durée de [délai] mois* ».
- ◆ Vous devez ensuite envoyer au moins 3 semaines avant votre départ l'attestation sur l'honneur remplie intitulée *Demande de dérogation pour délivrance de médicaments pour séjour à l'étranger d'une durée supérieure à un mois* au Service médical de votre lieu de résidence (*consultez-en la liste sur la page dédiée*), avec copie de l'ordonnance.

- ◆ La décision favorable ou non vous sera notifiée par la CAMIEG sur avis du Service médical.
- ◆ Avec l'accord envoyé par la CAMIEG, vous pourrez acheter vos médicaments chez le pharmacien.

Soins à l'étranger lors d'un séjour temporaire

Les indications suivantes concernent la prise en charge des soins médicaux :

- Dans le cadre d'un séjour de moins de 3 mois (vacances...).
- Soins nécessaires, inopinés ou urgents liés à une maladie ou un accident.
- Soins programmés.

Soins inopinés ou urgents

En Europe

Un document indispensable : La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM).

Voir notre paragraphe dédié.

Si vous avez réglé des soins sur place, leur remboursement est à demander auprès de la CAMIEG en remplissant le formulaire S3125 *Déclaration de soins reçus à l'étranger* et en joignant les factures originales acquittées et les prescriptions médicales associées.

Vous serez remboursé sur la base des tarifs en vigueur de l'État de séjour et dans la limite des dépenses engagées. À noter que vous pouvez choisir d'être remboursé selon la législation française en le signalant sur le formulaire.

En dehors de l'Europe

Vous devrez dans tous les cas avancer les frais. Ceux-ci ne seront pas automatiquement remboursés. Il vous faudra à votre retour adresser à la CAMIEG le formulaire S3125 *Déclaration de soins reçus à l'étranger*, accompagné des factures originales acquittées et les prescriptions médicales associées. Votre demande sera étudiée

et, si accord de remboursement, celui-ci variera selon le pays dans lequel les frais ont été engagés et la nature de l'évènement vous ayant obligé à avoir des soins. Le remboursement ne dépassera pas le montant que vous auriez perçu pour les mêmes soins en France.



Les soins ou traitements doivent faire partie des prestations auxquelles vous avez droit en France. Sinon, aucune prise en charge n'est possible.

Soins programmés

En Europe

Pour les soins ambulatoires courants, l'autorisation préalable n'est pas obligatoire. Pour une prise en charge, les soins ou traitements doivent faire partie des prestations auxquelles vous avez droit en France.

Si les soins nécessitent au moins une nuit d'hospitalisation ou un recours à des équipements lourds, une autorisation préalable de prise en charge CAMIEG est nécessaire.

En dehors de l'Europe

À titre exceptionnel, après accord préalable du médecin-conseil de l'Assurance Maladie, votre prise en charge peut être validée si vous justifiez avec votre médecin traitant que les soins dont vous avez besoin ne peuvent vous être dispensés en France.

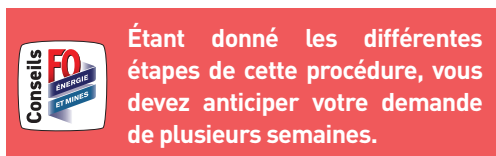
En cas de prise en charge, les remboursements sont faits, dans la limite des frais engagés, sur la base des tarifs français de Sécurité sociale.

Travailler à l'étranger

Salarié détaché à l'étranger

Vous êtes détaché à l'étranger si votre employeur, établi en France, vous envoie effectuer un travail pour son compte et pour

une durée limitée. Sauf exception, votre détachement ne peut excéder 24 mois.



Votre employeur des IEG continue de cotiser pour la CAMIEG. Vous bénéficiez de la couverture CAMIEG, les démarches et remboursements diffèrent selon votre pays de résidence.

Vous travaillez en Europe

Un document indispensable : La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) pour tous les membres de la famille.

Voir notre paragraphe dédié.

Avant votre départ, l'employeur doit demander l'autorisation de détachement à l'URSSAF nationale ou au CLEISS. Il avertira également la CAMIEG, qui vous adressera un imprimé vous permettant de vous faire connaître de l'organisme de Sécurité sociale du pays concerné.

Vous ferez part de votre souhait de bénéficier ou non de la couverture complémentaire CAMIEG à votre employeur et à la CAMIEG.

⚠️ Votre choix de continuer à bénéficier de la couverture CAMIEG doit être fait dans les 90 jours.



Pour vos remboursements, vous aurez le choix de vous faire rembourser directement par l'organisme de Sécurité sociale du pays dans lequel vous travaillez, ou par la CAMIEG en lui faisant parvenir le formulaire *Soins reçus à l'étranger par les travailleurs salariés détachés*.

⚠️ Si vous choisissez de vous faire rembourser directement dans le pays d'accueil, et quelle que soit votre option, vous ne bénéficierez pas des prestations complémentaires de la CAMIEG.

Vos remboursements seront effectués sur les tarifs forfaitaires français.

Vos soins effectués en France, lors de vos séjours, sont pris en charge par la CAMIEG.

Vous travaillez dans un pays conventionné avec la France

Les démarches sont identiques à celles demandées pour une activité professionnelle en Europe, hormis la demande de la CEAM qui n'est pas nécessaire. Néanmoins, la prise en charge diffère d'un pays conventionné à l'autre. Nous vous invitons à vous renseigner auprès de la CAMIEG.

Vous travaillez dans un pays non conventionné

Les démarches sont identiques à celles demandées pour une activité professionnelle en Europe hormis la demande de la CEAM qui n'est pas nécessaire. Vous devrez également choisir de bénéficier ou non de la couverture complémentaire CAMIEG.

Vous relèverez uniquement de la CAMIEG pour vos remboursements. Ainsi, vous devrez adresser le formulaire *Soins reçus à l'étranger par les travailleurs salariés détachés* pour la prise en charge de vos dépenses de santé. Vos remboursements seront effectués sur les tarifs forfaitaires français.

Vos soins effectués en France, lors de vos séjours, sont pris en charge par la CAMIEG.

Salarié expatrié

En tant qu'expatrié, vous ne relevez plus du régime de protection sociale français. Vous relevez obligatoirement du régime local du pays dans lequel vous travaillez et vos cotisations sociales lui sont versées.

L'employeur doit signaler votre changement de situation à la CAMIEG. Vous ne bénéficiez plus de la couverture CAMIEG, que ce soit à l'étranger ou pour les soins engagés en France.

Renseignez-vous auprès de la Caisse des Français à l'Étranger avant votre départ (www.cfe.fr) et consultez la page *Vous partez travailler à l'étranger* sur le site du CLEISS.

Soins transfrontaliers

Issue d'une directive européenne, cette disposition concerne également les salariés des IEG dont le domicile est établi dans l'un des 27 pays de l'Union Européenne et les pays de l'Espace Économique Européen (Islande, Liechtenstein, Norvège).

Votre situation vous permet de bénéficier de la couverture maladie du pays où vous habitez pour les soins faits dans celui-ci, ainsi que de la couverture CAMIEG pour les soins effectués en France.

Cette affirmation pour vos ayants droit est soumise à accord du pays dans lequel vous résidez.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès de l'organisme de Sécurité sociale de votre

pays d'habitation. Pour en savoir plus, vous pouvez également consulter le site du CLEISS (*page dédiée*).

Retraité résidant à l'étranger

⚠ Pensez à communiquer votre nouvelle adresse à l'étranger à la CAMIEG.

En Europe

Demandez le formulaire E121/S1 à votre caisse de retraite (CNIEG) pour pouvoir vous inscrire au service d'assurance maladie de votre futur lieu de résidence. Un formulaire à compléter pour vous-même et vos ayants droit.

Chaque membre de la famille devra se doter de la CEAM.

Vos soins engagés dans votre pays de résidence seront pris en charge par le régime local de Sécurité sociale de celui-ci. Vous ne bénéficierez pas des prestations complémentaires de la CAMIEG.

Pour vos soins effectués en France, vous présenterez votre carte vitale et votre CEAM afin de bénéficier des remboursements CAMIEG.

Pays conventionné avec la France

La prise en charge diffère d'un pays conventionné à l'autre. Nous vous invitons à vous renseigner auprès de la CAMIEG ou sur le site du CLEISS (*lien dédié*).

Pays hors Europe et non conventionné

Vous ne relevez plus du régime de protection sociale français. Renseignez-vous auprès



Si après renseignements, vous êtes dans l'obligation de souscrire un contrat d'assistance ou d'assurance, vérifiez que vos contrats type assurance « multirisques habitation » ou assurance cartes de crédit ne couvrent pas déjà ce risque.

des autorités du pays, vous devrez souscrire une assurance privée ou adhérer à la Caisse des Français à l'Étranger (www.cfe.fr).

Lors de votre séjour en France :

● Si vous n'avez pas adhéré à cette dernière : veuillez adresser vos feuilles de soins à la CAMIEG.

● Si vous en êtes adhérent : utilisez votre carte vitale ou adressez vos feuilles de soins pour règlement à :

CPAM de Seine-et-Marne
77605 Marne-La-Vallée Cedex 03

Études effectuées à l'étranger

À condition que l'adresse principale soit celle des parents, l'enfant étudiant à l'étranger peut continuer à bénéficier de la couverture CAMIEG. Il peut être pris en charge pour les soins reçus dans le pays de ses études. La prise en charge et les démarches administratives sont différentes selon la destination.

En Europe

Un document indispensable : La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM).

Voir notre paragraphe dédié.

Si vous avez réglé des soins sur place, leur remboursement est à demander auprès de la CAMIEG en remplissant le formulaire S3125 *Déclaration de soins reçus à l'étranger* et en joignant les factures originales acquittées et les prescriptions médicales associées.

Vous serez remboursé sur la base des tarifs en vigueur de l'État de séjour et dans la limite des dépenses engagées. À noter que vous pouvez choisir d'être remboursé selon la législation française en le signalant sur le formulaire.

Pour les étudiants jusqu'à 24 ans, les documents sont à envoyer à la CAMIEG.

Pour les étudiants de 24 à 26 ans, ceux-ci sont à envoyer à la CPAM/MSA.

À réception du décompte CPAM, celui-ci peut être adressé (si non transmis directement par la CPAM) à la CAMIEG pour les remboursements complémentaires.

Dans un pays en dehors de l'Union Européenne

Hormis le Royaume-Uni, le Québec et l'Andorre qui ont signé une convention avec la France dans la prise en charge des soins étudiants, il est indispensable de s'informer sur les conditions du pays d'accueil avant le départ.

Les modalités sont différentes selon le diplôme préparé, l'âge de l'étudiant et la durée du séjour.

Afin de connaître les démarches à effectuer, contactez :

- La CAMIEG ou la CPAM.
- Le CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale).
- La CFE (Caisse des Français à l'Étranger).
- L'ambassade ou consulat du pays d'accueil.



Comment être bien remboursé de ses frais médicaux



Lors de vos envois de documents, ne pas les agraffer, scotcher ou les lier. Conservez une copie de vos feuilles de soins et des pièces complémentaires jusqu'au remboursement total CAMIEG + Couverture Supplémentaire Maladie + surcomplémentaire.

La carte vitale

Le praticien l'utilise pour émettre une feuille de soins dite « électronique » contenant les informations relatives à l'acte réalisé. Vous n'avez aucune démarche à effectuer puisque l'ensemble des informations sont envoyées via le système de télétransmission Noémie.

En cas de perte, ou d'oubli de votre carte, le médecin vous remet une feuille de soins sur support papier, que vous devez adresser à la CAMIEG, après l'avoir complétée et signée.

La feuille de soins

La réception de la feuille de soins par la caisse déclenche le processus de remboursement. Et vous pouvez vous faire rembourser jusqu'à la fin du trimestre civil de la deuxième année suivant la date des soins.



Les soins ou équipements médicaux notifiés sur la feuille ont été faits suite à une prescription médicale, n'oubliez pas de joindre celle-ci pour bénéficier du remboursement.

La facture

Assurez-vous avant envoi que les soins facturés peuvent être pris en charge partiellement ou intégralement par la CAMIEG. Si non, ils peuvent être pris en charge par votre Couverture Supplémentaire Maladie. Dans ces cas, il convient d'adresser les demandes de remboursement uniquement à l'organisme gérant votre surcomplémentaire.

Le tiers-payant

Vous devez vous acquitter immédiatement du paiement de la prestation auprès du professionnel de santé, sauf si ce dernier met en place la dispense d'avance des frais ou « tiers-payant »,

mais ce n'est pas une obligation de sa part.



Le tiers-payant est généralisé pour les soins délivrés dans le cadre de la maternité, d'une Affection Longue Durée, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Le parcours de soins coordonné

Il vise à faciliter le suivi médical des patients, mais aussi à optimiser le remboursement des dépenses de santé.

Cela signifie, vous devez d'abord consulter votre médecin traitant en cas de problème de santé. Ce dernier vous orientera ensuite si nécessaire vers un autre médecin ou spécialiste.

Le parcours de soin est respecté, si :

- Vous avez déclaré un médecin traitant à l'Assurance Maladie.

● Vous allez voir ce médecin traitant en premier lieu et pas le premier médecin disponible.

● Vous allez voir votre médecin traitant avant d'aller consulter un médecin spécialiste.

Dans le cas où le parcours de soin n'est pas respecté, il y a une majoration du ticket modérateur. Vous serez donc moins bien remboursé.

Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter notre fiche pratique sur le « parcours de soins ».

La CAMIEG ne prend pas en charge :

● Les devis dentaires et certains soins (ostéopathes, chiropracteurs, actes dentaires hors nomenclature – implants –, etc.). Ils doivent être adressés directement à l'organisme complémentaire qui peut les prendre en charge.

Vos demandes d'accord préalable ou d'exonération du ticket modérateur doivent être envoyées directement à l'échelon local du Service

médical de la CPAM de votre lieu de résidence.

Prise en charge des frais médicaux dans le cadre de l'Accident de Travail (AT)

La CAMIEG n'intervient pas dans la reconnaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles. Celle-ci est du ressort des CPAM. Ce chapitre traite uniquement de vos remboursements, pas de vos démarches auprès de votre employeur.

Dans le cadre des soins liés à un accident du travail, vous bénéficiez de la prise en charge à 100 % des frais médicaux nécessaires à votre traitement (sur la base et dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie), vous n'avez aucuns frais à avancer.

Pour cela, il vous faut présenter la *feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle* que vous a remis votre employeur, à chaque professionnel de santé.

Celui-ci sera directement payé par la CPAM ou la MSA, sur la base des tarifs de Sécurité sociale.

⚠ Les professionnels de santé se doivent de ne pas appliquer des dépassements d'honoraires dans le cadre des AT, c'est une recommandation émise par les Pouvoirs Publics et non une obligation. Certains spécialistes, malgré qu'ils aient connaissance des conséquences sur vos remboursements, les facturent tout de même. Dès lors que ceux-ci vous sont appliqués, ils ne peuvent être pris en charge, ni par la CAMIEG, ni par votre contrat CSMA d'Énergie Mutuelle (le remboursement du contrat supplémentaire maladie étant soumis à condition de remboursement CAMIEG).

Si vous avez des dépassements d'honoraires non pris en charge, n'hésitez pas à contacter un représentant FO.

Pour les soins autres que ceux liés à votre AT, la CAMIEG continue à vous prendre en charge.



N'hésitez pas à consulter le dossier pratique « *Accident de Travail* » sur notre site.



Pour en savoir plus sur la prise en charge des soins liés à une maladie professionnelle, consultez le site de l'Assurance Maladie.

feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSUREUR

les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoire)

Comprendre le tableau de garanties

Généralement, le tableau de garanties s'organise par postes principaux :

- Les soins courants.
- L'hospitalisation.
- Le dentaire.
- L'optique.
- Prestations diverses (prothèses et appareillages, cures thermales...).

Les garanties sont exprimées soit en pourcentage, soit en euros.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en pourcentage, le Taux de Remboursement (TR) se calcule selon la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) et jamais

selon le prix pratiqué par le professionnel de santé. Selon les actes, ils sont remboursés entre 15 % et 100 % de la BRSS.

⚠ Un remboursement à hauteur de 100 % n'est pas synonyme de remboursement intégral des frais engagés !

Pour exemple : consultation de généraliste.

Extrait du tableau de garanties CAMIEG

Frais de santé		Prise en charge du régime obligatoire	Prise en charge du régime complémentaire	Prix limite de vente (PLV) ou tarif plafonné ¹⁴	TOTAL
SOINS COURANTS					
Frais médicaux¹	Consultations, visites, majorations ²	70 %	50 %		120 %
	Actes médicaux techniques (CCAM) ³				
Tarif consultation : 30 €.					
Base de remboursement : 25 €.					
Taux de remboursement : 70 %.					
Montant remboursé par la Sécurité sociale : 17,50 € (70 % de 25 €).					
Montant remboursé par le régime complémentaire CAMIEG : 12,50 € (50 % de 25 €).					
Montant total remboursé : 30 € (hors participation forfaitaire de 1 €).					

Ainsi, un tableau de garanties annonçant un remboursement à 100 % signifie que le remboursement Régime obligatoire + Régime complémentaire sera égal à la base de remboursement et non pas au prix facturé par le médecin.

⚠ Les médecins conventionnés utilisent la base de remboursement pour fixer leurs tarifs, mais ce n'est pas le cas de tous les médecins. Des dépassements d'honoraires peuvent exister. Renseignez-vous.

EU REKA!

Différents autres termes peuvent être employés :

- Ticket Modérateur (TM) : il s'agit de la part des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par le Régime Obligatoire, hors dépassements d'honoraires.

- Les Frais Réels (FR) : il s'agit de la dépense réelle, quel que soit le montant.

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 666 € en 2023).

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (42 992 € en 2023).

Si, après indemnisation de la CAMIEG, il vous reste une somme non remboursée (le reste à charge), votre surcomplémentaire pourra intervenir pour compléter ce remboursement.

L'Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) est une convention signée entre l'Assurance maladie et certains médecins ou chirurgiens du secteur 2 (ayant une convention avec la Sécu, mais pratiquant des tarifs libres). En adhérant à la convention OPTAM, les praticiens s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires maîtrisés.



Tout dépassement d'honoraire doit faire office d'un devis. Il est indispensable que vous adressiez celui-ci à votre surcomplémentaire afin de connaître votre reste à charge.



Ne signez pas le devis tant que vous n'avez pas cette information. Le commencement des soins équivaut à signature du devis.

Pour savoir si un médecin a signé une convention OPTAM avec l'Assurance maladie, vous pouvez :

- Vérifier l'information dans la salle d'attente : le secteur du médecin doit y être affiché, c'est une obligation réglementaire.

- Le demander à votre praticien : il a l'obligation de vous fournir la réponse.

- Consulter l'annuaire de l'Assurance maladie :



<http://annuaire.sante.ameli.fr/> qui vous fournit pour tous les professionnels de santé, les renseignements pouvant vous intéresser (carte vitale, conventions, prix des consultations...).

Les relevés de remboursement

Le décompte de la CAMIEG, aussi appelé « relevé de remboursement », récapitule les remboursements de soins médicaux effectués sur votre compte ou sur celui d'un tiers.

Le relevé de remboursement comporte des informations sur les actes médicaux remboursés, les dates de remboursement et le montant de la prise en charge.

Camieg
assuré social
N° de Sécurité Sociale
Pour tout contact : 0800 069 300
Pour les assurés ayant le 020 000 000, pour un 02 appeler le 0800 069 300

CAMIEG
92011 NANTERRE Cedex

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2022 au 30/04/2022.
Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire.

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé comp.	taux comp.	montant comp.
15/04/2022	PARCOURS COORDONNÉ - ACCÈS DIRECT AUTORISE C. SPECIFIQUE Sec2 (APC)	80,00	55,00	70%	38,50	50%	27,50
10/4/2022	PARCOURS COORDONNÉ - ACCÈS DIRECT AUTORISE participation forfaitaire Sec2 (PFI)				-1,00		
20/04/2022	TAUX_RIBI_TRI pour						

le 20/04/2022 : 64,50 euro(s)

Callouts:

- Cette ligne indique que la télétransmission vers l'organisme complémentaire a bien eu lieu.
- La base de remboursement est le tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie pour chaque prestation de santé qu'elle prend en charge.
- Le taux de prise en charge indique le niveau de remboursement du Régime de base de la Sécurité sociale (Régime Obligatoire).
- La franchise médicale s'applique aux boîtes de médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports. Elle est plafonnée à 50 € par an.
- Codes-actes permettant d'indiquer la nature des soins effectués.
- Le tiers-payant vous permet de ne pas avancer de frais auprès du professionnel de santé.
- Le parcours de soins coordonné permet un meilleur remboursement. Pour en bénéficier, vous devez choisir et déclarer un médecin traitant.

La CAMIEG vous adresse les relevés de remboursement sous format papier au bout de 126 jours. Toutefois, dès lors que le reste à charge pour l'assuré serait supérieur ou égal à 200 euros, il y aura un déclenchement automatique et immédiat d'un décompte papier.



Si vous avez besoin d'un décompte papier avant ce délai des 126 jours, vous pourrez l'obtenir en contactant la CAMIEG ou sur votre compte Ameli.

Les relevés de remboursement doivent être gardés pendant 2 ans. Cela correspond au délai dont dispose la CAMIEG pour demander la restitution d'un trop-perçu. Délai porté à 5 ans s'il existe un cas de fausse déclaration ou de fraude.

Accord préalable

Certains actes et traitements médicaux sont soumis à accord préalable pour être pris en charge par l'Assurance Maladie :

⚠️ Votre médecin doit vous en informer. Les professionnels ou leur secrétariat ont le devoir de vous accompagner dans les démarches administratives.

Les actes nécessitant une demande :

- Traitements d'orthopédie dento-faciale.
- Actes de masso-kinésithérapie.
- Examens et analyses de laboratoire.

- Médicaments hypocholestérolémiants.
- Appareillages médicaux.
- Cure Thermale (cf. Fiche Cure Thermale).
- Transports (cf. Fiche Transport)...

Concernant les actes de masso-kinésithérapie, de nouvelles dispositions s'appliquent puisqu'ils sont soumis maintenant à un référentiel.

Pour la rééducation des 5 pathologies suivantes, l'accord préalable est nécessaire au-delà d'un nombre de séances :

Acte	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville.	À partir de la 11 ^e séance.
Arthroplastie de hanche par prothèse totale.	À partir de la 16 ^e séance.
Arthroplastie du genou par prothèse totale.	À partir de la 26 ^e séance.
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou.	À partir de la 41 ^e séance.
Libération du nerf médian au canal carpien.	Dès la 1 ^{re} séance.

Outre ces actes ci-dessus, une demande d'accord préalable s'imposera au-delà de 30 séances pour une prescription initiale, si une prolongation amène à dépasser 30 séances, et lorsque vous avez bénéficié de plus de 30 séances de masso-kinésithérapie au cours des 12 mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes.

Envoi de votre dossier au service médical

Le prescripteur doit remplir un formulaire de demande d'accord préalable qui doit être adressé au médecin ou dentiste-conseil de l'échelon local de la CPAM de votre lieu de domicile, avec la prescription. Les adresses des échelons locaux CPAM sont consultables : *Échelons locaux.*



Précisez sur votre demande d'accord que vous êtes assuré CAMIEG. Votre demande doit être impérativement adressée 3 semaines avant la réalisation de l'acte ou du transport.

Le Service médical dispose de 15 jours pour statuer, l'absence de réponse au-delà de ce délai vaut accord. Si votre demande est rejetée, la CAMIEG vous en informe par courrier dans ce délai en vous indiquant les voies de recours possibles.

Et concernant les médicaments hypolipémiants ?

Certains sont désormais soumis à un accord préalable du service de contrôle médical de l'Assurance Maladie.



Pour en savoir plus,
voir le site [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)



- Gardez une copie de votre demande d'accord préalable et de la prescription.
- Envoyez vos documents en recommandé avec AR. Ainsi vous pourrez justifier votre envoi et vous obtiendrez le remboursement de vos soins.



Si les soins doivent être mis en place de façon urgente, votre médecin ou votre professionnel de santé peut les réaliser. Néanmoins, il doit établir une demande d'accord préalable avec la mention « Acte d'urgence ».



Prise en charge des médicaments

Les nouvelles normes n'obligent plus à inscrire les couleurs de vignette sur les boîtes de médicaments. Leur prise en charge dépend maintenant de leur Service Médical Rendu (SMR). C'est l'équivalent de la vignette médicament :

- Les vignettes blanches : médicaments à SMR majeur ou important sont pris en charge à 65 %.
- Les vignettes bleues : médicaments à SMR modéré sont pris en charge à 30 %.
- Les vignettes orange ou jaune : médicaments à SMR faible sont pris en charge à 15 %.

Seuls les médicaments irremplaçables et coûteux sont remboursés à 100 % par l'Assurance Maladie.

Conditionnement des boîtes de médicaments

Les retenues de 0,50 € par boîte de médicaments peuvent être limitées. Pour chaque médicament prescrit, votre ordonnance stipule la posologie et la durée du traitement. Différents conditionnements existent (20, 40 ou 60 comprimés), exigez un conditionnement correspondant à votre traitement.



La CAMIEG rembourse à 100 % les médicaments quelle que soit leur classification. Cette information est contenue dans votre carte vitale. Vous n'avez donc aucune avance à faire, à l'exception des médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, comme l'homéopathie.

Les conditions de prescription et de remboursement des médicaments lorsqu'il existe des génériques

Vous pouvez bénéficier du remboursement du médicament « original » uniquement si votre médecin le notifie clairement sur votre ordonnance par la mention « non substituable ». Sinon, votre pharmacien vous délivre un générique.

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

En résumé :

- Votre médecin a notifié « non substituable » avec la justification médicale, ou vous acceptez le médicament générique → 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 à la CAMIEG. Vous serez remboursé sur la base du médicament générique le plus cher du groupe concerné.

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 retenue par boîte de médicaments pour les + de 18 ans).

Vous partez à l'étranger plus d'un mois et vous devez prendre votre traitement. Voir notre chapitre « Voyager, travailler, vivre ou étudier à l'étranger ».

Affection Longue Durée – ALD



Si votre état de santé nécessite des traitements ou des soins prolongés (plus de 6 mois), vous êtes en Affection Longue Durée – ALD. Alors votre médecin vous établit un protocole de soins lié à votre maladie.

ALD exonérante ou non ? Le protocole de soins

Seules les ALD dites « exonérantes » ouvrent droit à une prise en charge à 100 %. Les maladies concernées sont définies par la Sécurité sociale (*les ALD exonérantes*). Vous n'avancez pas les frais des soins et des traitements en rapport avec votre ALD.

Vous pouvez être en ALD non exonérante. Dans ce cas les soins sont remboursés aux taux habituels.

- ◆ Le protocole de soins est établi par votre médecin traitant.
- ◆ Le protocole est à envoyer à la CPAM de votre lieu de domicile. **Il est indispensable d'indiquer, en haut à droite du protocole de soins la mention « assuré CAMIEG ».**
- ◆ Si la CPAM valide votre demande, elle en informe la CAMIEG ainsi que votre médecin traitant.
- ◆ La CAMIEG vous enverra alors la notification de prise en charge.

⚠ Un protocole de soins a toujours une durée limitée. Si besoin, assurez-vous de son renouvellement par votre médecin traitant.



protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4 -1 du Règlement Intérieur des caisses primaires



N'oubliez pas de mettre votre carte vitale à jour.



Vos remboursements

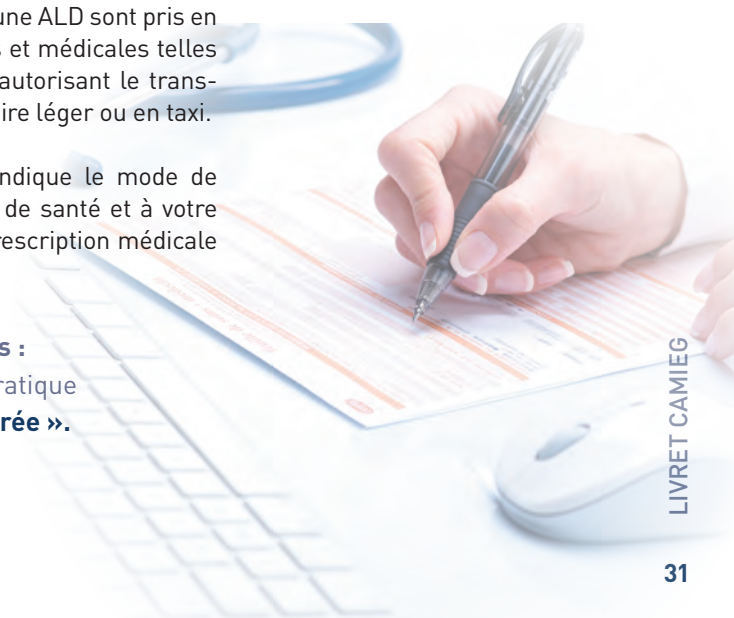
Soins liés à l'ALD et remboursés à 100 %	Ce qui reste à charge
<ul style="list-style-type: none"> • Consultations, examens et soins. • Médicaments. • Hospitalisation. • Transports en commun, personnel ou médicalisés (sous conditions). 	<p>1 € de participation par consultation ou acte de biologie.</p> <p>0,50 € par boîte de médicament ou acte paramédical.</p> <p>2 € par transport médicalisé.</p> <p>20 € par jour d'hospitalisation (forfait hospitalier)**.</p> <p>Les actes et prestations non remboursables, les dépassements d'honoraires**.</p>
<p><i>** Ils peuvent être couverts par votre mutuelle.</i></p>	

Transports et ALD

Les frais de transport pour réaliser des traitements, des examens ou une cure thermale liés à une ALD sont pris en charge sous conditions de ressources et médicales telles qu'une déficience ou une incapacité autorisant le transport en ambulance, en véhicule sanitaire léger ou en taxi.

Pour en bénéficier, votre médecin indique le mode de transport correspondant à votre état de santé et à votre degré de mobilité sur l'imprimé de prescription médicale de transport.

Pour en savoir plus :
consultez notre fiche pratique
« **Affection Longue Durée** ».



Hospitalisation

Vous avez besoin d'être hospitalisé, mieux vaut vous y préparer soigneusement ! Découvrez l'essentiel à savoir pour que votre séjour se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Choisir votre hôpital ou votre clinique

Par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades, il est établi que, de principe, le malade a le libre choix de son médecin et de l'hôpital dans lequel il souhaite être hospitalisé.

⚠ Pour obtenir une prise en charge dans un établissement privé, veillez toujours à ce que celui-ci soit conventionné par l'Assurance Maladie.

D'ici fin 2024, le nouveau dispositif ROC (Remboursement Organisme Complémentaire) vous permettra en temps réel de connaître votre reste à charge suite à une hospitalisation.

⚠ En cas d'hospitalisation d'urgence, les frais liés aux dépassements d'honoraires ne peuvent être appliqués.

À noter : pour certains actes (ex. : traitements d'orthopédie dento-faciale), vous devez envoyer une demande d'accord préalable à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour être bien remboursé. Votre praticien doit vous aider pour ces démarches. Voir chapitre *Accord Préalable*.

Les frais d'hospitalisation représentent la part la plus importante dans la facture globale d'une hospitalisation. Ils correspondent :

- ◆ Aux actes médicaux divers : opération chirurgicale, traitement médicamenteux, etc.
- ◆ À l'utilisation de certains appareils comme le scanner par exemple.
- ◆ Et à la rémunération du personnel médical.

Si vous êtes hospitalisé dans un établissement public ou

une clinique privée conventionnée, la CAMIEG rembourse vos frais d'hospitalisation à 80 %. Votre mutuelle peut prendre en charge les 20 % restant, ainsi que certains suppléments ou dépassements d'honoraires.



Avant de valider votre choix, renseignez-vous surtout sur ce qui restera à votre charge ! Il est important de faire attention aux dépassements d'honoraires. Pour éviter de mauvaises surprises, adressez le devis fourni par l'hôpital auprès de votre organisme complémentaire santé (la CAMIEG n'effectue pas l'étude des devis) en indiquant la date prévue pour l'acte.

⚠ Si vous choisissez une clinique privée non conventionnée, les frais restant à votre charge seront plus importants et vous devrez faire l'avance des frais.



Si vous êtes dans une situation financière délicate pour régler le reste à charge, adressez-vous au service d'action sociale de l'établissement dans lequel vous avez séjourné. Des conseillers pourront vous aider pour effectuer une demande d'aide auprès de la CAMIEG ou de votre organisme complémentaire.

Ces frais peuvent être pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie dès le premier jour d'hospitalisation dans certaines situations.

Que vous soyez remboursé à 80 % ou à 100 %, vous devrez toutefois régler le forfait journalier et les dépenses liées à votre confort personnel durant l'hospitalisation.

Frais de transport lié à votre hospitalisation

Voir chapitre *Transports*.

Remboursement par la CAMIEG : comment faire ?

Lors de votre admission à l'hôpital, vous devrez fournir plusieurs documents : votre carte vitale à jour, votre carnet de santé, résultats d'analyses, radios... Ces informations vous seront utiles pour un meilleur suivi.

- En Tiers-Payant intégral, la CAMIEG rembourse directement les hôpitaux et les cliniques. Si l'établissement vous le demande, la CAMIEG délivre, sur demande, une prise en charge hospitalière avant le séjour. Ceci permet l'application du Tiers-Payant.



À votre sortie, l'établissement vous remettra un bulletin de situation, également appelé bulletin d'hospitalisation. Ce bulletin vaut arrêt de travail. Vous devrez le transmettre à la médecine conseil et contrôle de votre employeur, pas à la CAMIEG.

- Si vous êtes couvert par la CAMIEG pour la part complémentaire uniquement : présentez votre carte vitale accompagnée de l'attestation papier CAMIEG de droits complémentaires.

Le forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier est dû pour toute hospitalisation supérieure à 24 heures et correspond à votre participation aux frais d'hébergement.

En 2023 son montant est de :

- 20 euros par jour pour un séjour en hôpital ou en clinique privée conventionnée.
- 15 euros par jour pour une hospitalisation dans un service de psychiatrie.

Non remboursé par la CAMIEG, il vous faudra vous adresser à votre surcomplémentaire.

À noter : Vous n'aurez pas à payer le forfait hospitalier si vous faites partie de cette *liste des cas d'exonérations*.

Programme d'aide au retour à domicile PRADO

Au cours de l'hospitalisation, l'équipe médicale peut décider de vous faire bénéficier du programme Prado, pour aider votre retour à domicile après l'hospitalisation. Cela consiste à préparer votre suivi médical (infirmier, kiné, consultations...). Vous pouvez également bénéficier, sous certaines conditions, d'une aide à la vie quotidienne (aide-ménagère et/ou portage de repas).

Le programme PRADO pour aller plus loin :



www.camieg.fr/espace-assure/soins-et-prise-en-charge/hospitalisation/retour-a-domicile

L'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Pour l'adulte, l'adolescent, comme pour l'enfant, l'HAD peut être envisagée si les conditions suivantes sont réunies :

- Les soins nécessaires peuvent être donnés chez vous.
- Vous et/ou votre famille êtes d'accord.
- Vos conditions de domicile le permettent.

Une fois ces conditions réunies, l'HAD est validée sur accord de votre médecin traitant et sur prescription médicale. Votre médecin traitant assure la prise en charge médicale tout au long du séjour.

Cette procédure vous permet d'assurer à votre domicile vos soins médicaux et paramédicaux pour une période limitée,

renouvelable en fonction de l'évolution de votre état de santé.

L'admission est prononcée sur la base d'un projet thérapeutique, après détermination des soins nécessaires et diagnostic de la faisabilité de votre prise en charge au domicile, et sur avis favorable du médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD prend en charge tous vos actes médicaux, la fourniture des médicaments, ainsi que la location de

tout le matériel dont vous auriez besoin. Le service d'HAD vous garantit une permanence 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 et la continuité de soins équivalents à ceux que vous auriez eus dans un hôpital.

Les modalités de prise en charge sont identiques à celles des hôpitaux publics et soumises aux mêmes conditions administratives et financières, en dehors du forfait journalier.



Optique

La prise en charge de vos lunettes de vue ou de vos lentilles de contact par la CAMIEG nécessite une prescription médicale. L'ordonnance de votre ophtalmologiste est composée de lettres et de chiffres qui traduisent les caractéristiques de votre trouble visuel.

Vos lunettes

Prescription

Pour une première prescription, vous devez obligatoirement consulter un ophtalmologiste.

Votre ordonnance bénéficie d'une durée de validité en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Elle est de :

- 1 an pour les enfants de moins de 16 ans.
- 5 ans pour les adultes de 16 à 42 ans.
- 3 ans pour les adultes de plus de 42 ans.

Concernant l'ordonnance, elle est légalement obligatoire si vous désirez changer de lunettes. Toutefois, si :

- Vous êtes âgé de plus de 16 ans.
- Vous avez une ordonnance en cours de validité.
- Il n'y a pas d'opposition du médecin ophtalmologiste spécifiée sur la prescription.



Conservez votre prescription de lunettes ou de lentilles pendant toute sa durée de validité. Elle vous servira pour le renouvellement.



Les frais non remboursés par la CAMIEG peuvent être remboursés par votre surcomplémentaire. Contactez-la pour plus de renseignements.

- Que ce ne soit pas pour un premier équipement en verres progressifs.

Votre opticien peut adapter votre correction. Il pratiquera un examen de la vue et informera votre ophtalmologiste des changements éventuels.

⚠ Votre médecin pourra s'opposer à l'adaptation de votre correction si vous êtes atteint de certaines maladies (cataracte, glaucome...). Cela est notifié sur votre ordonnance.

La prise en charge de la CAMIEG intervient, sauf évolution significative de la vue, sur :

- 1 équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes à partir de 16 ans.
- 1 équipement (1 monture et 2 verres) par an pour les enfants de moins de 16 ans.



En cas de modification de morphologie du visage et si cela entraîne une perte d'efficacité du verre correcteur chez un enfant de moins de 6 ans, l'équipement peut être renouvelé par période de 6 mois.

Pour les verres teintés, ils ne sont pas pris en charge sauf pour les affections oculaires (conjonctivite intense, kératite, iritis, cataracte centrale ou congénitale, rétinopathie) ou myopies fortes accompagnées de photophobie.

Vos lentilles de contact

Prescription

Une ordonnance est obligatoire pour un premier équipement. Elle est valable, sauf contre-indication de l'ophtalmologiste :

- 1 an si vous avez moins de 16 ans.
- 3 ans si vous avez plus de 16 ans.

Renouvellement

Sauf opposition du médecin mentionnée sur l'ordonnance, l'opticien et l'orthoptiste peuvent adapter la correction optique des lentilles de contact pendant la durée de validité de l'ordonnance.

Prise en charge

- Pour les lentilles acceptées :

Le remboursement CAMIEG sera de 60 % de la Base de Remboursement pour la part Régime Obligatoire et de 645 % pour la part Régime Complémentaire.

- Pour les lentilles non acceptées :

Au titre de la complémentaire CAMIEG, vous bénéficiez d'un forfait annuel (année civile) d'un montant de 151,20 € si vous avez moins de 18 ans et de 92,30 € au-delà de vos 18 ans.

⚠ Dès lors que votre forfait CAMIEG est utilisé intégralement, vos factures sont à adresser uniquement à votre surcomplémentaire, si votre contrat le prévoit.



– Une prescription d'équipement optique établie en France ou dans un autre pays de l'UE et de l'EEE (ordonnance transfrontalière) est valable dans tous les pays de l'UE et de l'EEE. Et donc peut faire l'objet d'une prise en charge, sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

– Les orthoptistes sont désormais habilités à prescrire en accès direct des lunettes et des lentilles de correction pour les personnes de 16 à 42 ans. Ils peuvent réaliser un bilan visuel et une prescription. Voir fiche pratique : les orthoptistes peuvent réaliser des ordonnances de lunettes.

Pour en savoir plus sur la prise en charge des lunettes et lentilles, voir également le chapitre 100 % Santé.

Votre optique sur Internet

La loi autorise la vente de produits d'optique en ligne. Cependant, les sites internet doivent respecter quelques règles, notamment en matière d'information du consommateur. Ces sites doivent comporter les éléments de la législation et réglementation françaises concernant l'optique (numéro ADELI...). Les prix doivent être en euros. Les opticiens en ligne ont les mêmes obligations que ceux en boutique (devis gratuit...).



Soins et prothèses dentaires

Consultations et soins

Les consultations chez un dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge et remboursées à 70 % pour la part obligatoire et 50 % pour la part complémentaire CAMIEG sur la base de tarifs conventionnels, sauf exception.

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (avulsion, etc.).

À noter que la participation forfaitaire de 1 € ne vous sera pas appliquée sur les consultations ni sur les actes réalisés par votre dentiste.

Orthodontie

La prise en charge et le remboursement des coûts sont liés à deux conditions :

- Les soins d'orthodontie doivent commencer avant l'âge de 16 ans.
- Les soins d'orthodontie doivent faire l'objet d'un accord préalable (voir chapitre *Accord préalable*).

⚠ si les soins commencent au-delà de 16 ans, aucune prise en charge n'est possible. Une exception toutefois : dans le cas d'un traitement associant la chirurgie et l'orthodontie, la limite de 16 ans peut être dépassée et un semestre de traitement d'orthodontie peut faire l'objet d'un remboursement.

Pour aller plus loin : *Traitements d'orthodontie : vos remboursements.*

Les soins sont accordés par semestre et sont limités. Une interruption des soins modifie les conditions de prise en charge, renseignez-vous.

Votre surcomplémentaire peut vous proposer une prise en charge. Contactez-la pour plus de renseignements.

Couronnes, bridges et prothèses amovibles

Voir le chapitre *100 % Santé*.





Le 100 % Santé ou Reste à charge Zéro

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le dispositif « 100 % Santé » permet la prise en charge intégrale des dépenses associées à un panier d'équipements pour vos dépenses en matière de lunettes, prothèses dentaires et aides auditives.

Les grands principes

Pour chaque dépense sont créées des catégories d'équipements désignées par « panier » :

- Équipements 100 % Santé intégralement remboursés.

- Équipements à tarifs libres ou maîtrisés qui laisseront un reste à charge.

Les professionnels sont obligés :

- De présenter dans leur point de vente des équipements 100 % Santé répondant à des caractéristiques techniques minimales définies par la Sécurité sociale.

- De faire à chaque patient un devis avec un équipement 100 % Santé et un devis avec un équipement à tarif libre.

Le 100 % Santé optique

Maintenant deux classes d'équipement d'optique existant : A et B.

La classe A permet de bénéficier d'équipements remboursés en totalité, répondant à tous les besoins de correction visuelle et ne pouvant dépasser les prix limites de vente.

Classe A : Panier 100 % Santé

- Prix maximum de vente pour les montures à 30€.
 - 35 modèles différents de montures pour les adultes et 20 pour les enfants.
 - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
 - Amincissement des verres en fonction du trouble.
 - Traitements antireflet, anti-UV et anti-rayure.
- Vous n'avez aucun reste à charge après la prise en charge de la CAMIEG.

Classe B : Tarifs libres

- Trois catégories de verres : simples, complexes, très complexes, avec des prises en charge différentes. *Voir tableau des garanties sur le site de la CAMIEG.*
 - Maintien des planchers et plafonds de remboursement que doivent respecter les mutuelles.
- La CAMIEG prend en charge un forfait par monture de 35€ pour les adultes et de 77€ pour les enfants.

Panier tarifs mixtes :

Vous avez la possibilité d'acheter des verres dans le panier 100 % Santé et des montures dans le panier tarifs libres ou inversement.

1. Panier 100 % Santé

Cette offre concerne :

- Les couronnes céramo-métalliques et les couronnes céramiques monobloc (zircone et hors zircone) pour les dents visibles (incisives, canines, premières et deuxièmes prémolaires).
- Les couronnes métalliques pour toutes les dents.
- Les bridges céramo-métalliques pour le remplacement d'une incisive.
- Les bridges entièrement métalliques pour toutes les dents.
- Les dentiers en résine (prothèses amovibles) pour tout ou partie des dents.
- Les réparations ou les changements d'éléments des dentiers.

Vous n'avez aucun reste à charge après la prise en charge de la CAMIEG.

2. Panier aux tarifs maîtrisés

- Il intègre des couronnes, des bridges et des dentiers, dont les prix sont plafonnés.

Selon les conditions de votre contrat de surcomplémentaire, il peut y avoir un reste à charge, mais modéré.

Pour les paniers 2 et 3, la CAMIEG prend en charge :

- 70 % de la BR au titre du régime obligatoire
- 425 % de la BR au titre du régime complémentaire



Votre dentiste doit vous informer des soins proposés dans le cadre du « 100 % Santé » et/ou aux tarifs maîtrisés dans son devis, mais il n'est pas obligé de réaliser lui-même ces actes. C'est-à-dire qu'il peut vous adresser à un autre dentiste. Dans ce cas, il devra vous en informer.

Le 100 % Santé dentaire

Il existe trois paniers d'équipements dentaires, avec une tarification différente en fonction des équipements et des dents concernées.

⚠ Les devis dentaires doivent être adressés directement à votre surcomplémentaire qui peut les prendre en charge, pas à la CAMIEG.

Le 100 % Santé auditive

Pour bénéficier d'une prise en charge, l'appareillage doit être prescrit par un médecin, qui s'appuiera

sur un examen initial d'audition, appelé audiogramme.

Pour un **premier équipement**, la prescription est faite par :

- Un oto-rhino-laryngologiste (ORL), ou un généraliste ayant une formation complémentaire pour les patients de plus de 6 ans.
- Par un ORL doté d'une formation complémentaire spécifique pour les patients de moins de 6 ans.

Les **renouvellements** sont réalisés :

- Par tout médecin pour les patients de plus de 6 ans.

• Par tout ORL pour les enfants de 6 ans et moins.

⚠ Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir qu'après une période de 4 ans, à partir de la date de facturation de l'aide auditive précédente.

L'audioprothésiste qui va vous fournir l'appareillage est tenu de :

- Vous remettre un devis normalisé.
- Vous proposer 2 appareils de classe 1 (100 % Santé).

Vous restez libre de choisir un équipement auditif relevant de la classe 2 (tarifs libres).

<p>Classe 1 : 100 % Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le prix de vente maximal est encadré. – Les appareils disposent obligatoirement de plusieurs caractéristiques garantissant leur qualité (12 canaux de réglage, au moins 3 options comme un système anti-acouphène ou anti-réverbération, etc.). – Vous bénéficiez d'une période d'essai de 30 jours et d'une garantie de 4 ans avec un suivi annuel*. <p>Les audioprothésistes doivent respecter un prix limite de vente. Il est de 950 € par oreille pour les plus de 20 ans et de 1 400 € par oreille pour les moins de 20 ans ou les personnes atteintes de cécité.</p> <p>Vous n'avez aucun reste à charge après la prise en charge de la CAMIEG.</p>	<p>Classe 2 : Tarifs libres</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le prix maximal de vente est libre. – Les appareils disposent de technologies plus perfectionnées ou de fonctionnalités additionnelles (bande passante élargie, batterie rechargeable, connectivité avec les smartphones, etc.). <p>Vous avez le choix d'opter pour des prothèses auditives avec des caractéristiques techniques supérieures.</p> <p>La CAMIEG limite alors la prise en charge totale à 1 700 € par oreille.</p>
--	--

* L'audioprothésiste doit vous assurer des prestations d'adaptation et de suivi. Ces prestations sont indissociables de l'appareil qu'il vous vend et sont précisées en annexe du devis normalisé. Pendant la première année : 3 séances de contrôle et d'ajustement, elles ont lieu au 3^e, 6^e et 12^e mois. Au-delà de la première année d'appareillage : 2 consultations par an sont recommandées.

Remboursement des piles

La CAMIEG rembourse celles-ci, à hauteur de 120 % de la Base de Remboursement dans la limite annuelle de 3 à 10 paquets de 6 piles par appareil selon la prothèse utilisée. Et ce à condition qu'ils soient inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie.

Votre contrat sur-complémentaire peut également y participer.



Maternité

Vous devez déclarer votre grossesse avant la fin du 3^e mois. La démarche est effectuée par votre médecin généraliste, votre gynécologue ou votre sage-femme, à l'issue du premier examen prénatal.

Cette déclaration est faite soit en ligne, soit sur papier.

- En ligne : le professionnel de santé remplit la déclaration de votre grossesse.
- Sur formulaire papier : le professionnel de santé complète et vous remet un document intitulé « Premier examen prénatal ». Il vous suffit de le remplir puis de transmettre le feuillet rose à la CAMIEG.



Si les deux parents ont la qualité d'ouvrant-droit. La prime Layette sera attribuée à un seul parent.

Vous avez la possibilité de consulter le tableau de garantie *Maternité*.

Info : Une fois que la CAMIEG aura connaissance de votre grossesse, elle vous enverra son « Guide maternité », il comporte des informations sur votre suivi, et le calendrier de vos examens médicaux. Vous serez renseignée également sur les différents dispositifs pouvant vous être accordés :

- Dispositif *PRADO maternité*.
- Dispositif *Maternité éloignée*.

Dès que possible, il vous faudra déclarer la naissance ou l'adoption de votre enfant à la CAMIEG, *via le formulaire de rattachement* avec une copie de l'acte de naissance ou du livret de famille actualisé, pour la prise en charge de ses soins.

Dès que possible, vous pourrez aussi demander la **Prime Layette**. Cette aide financière est versée à l'occasion de la naissance ou l'adoption d'un enfant. Elle est revalorisée annuellement et basée sur le SNB chaque 1^{er} juillet. Pour en bénéficier, transmettez le *formulaire Prime Layette* – Naissance et adoption à la CAMIEG.

⚠ Les indemnités journalières versées durant le congé maternité ou paternité relèvent de l'employeur IEG et non de la CAMIEG. Renseignez-vous auprès de votre entreprise.



Pensez à bien mettre à jour votre carte vitale. Cette mise à jour vous permettra d'accéder au tiers payant sur vos consultations, examens obligatoires et tous vos soins liés à votre grossesse.



Pour plus de renseignements, voir également le **Guide FO : Arrivée d'un enfant**.

Transports médicaux

La CAMIEG vous rembourse vos frais de transport pour motif médical concernant :

- Votre entrée ou sortie d'hospitalisation (les transports concernant les rendez-vous pré et post-opératoires ne sont pas pris en charge).

- Votre état de santé nécessite un transport allongé et/ou une surveillance médicale constante.

- Les permissions de sortie pour les patients hospitalisés âgés de moins de 20 ans.

- Les transports dans le cadre d'une convocation du contrôle médical, médecin expert ou fournisseur d'appareillage agréé.

- Les transports vers un CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce) ou CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) *.

- Les soins ou traitements liés à un Accident du Travail ou Maladie Professionnelle.

⚠ Une prescription médicale est indispensable. Si elle vous est délivrée en dehors du respect du référentiel de transport du code de la Sécurité sociale, vous ne serez pas remboursé. Sauf cas d'urgence, elle doit être faite avant la réalisation du transport. Les médecins, les secrétariats médicaux connaissent parfaitement ces obligations. Ils doivent vous informer.

Un **accord préalable** est nécessaire pour :

- Les transports longue distance de plus de 150 km aller.

- Les transports itératifs au titre d'un même traitement (minimum 4 voyages de plus de 50 km sur une période de 2 mois).

- Les transports en bateau ou en avion sur ligne régulière.

- Les soins ou traitements des enfants et adolescents dans les CAMSP et les CMPP, ou pour accompagner une personne nécessitant l'assistance d'un tiers.



Précisez sur votre demande d'accord que vous êtes assuré CAMIEG. Nous vous conseillons de l'adresser 3 semaines avant la réalisation du transport.

TRANSPORTS DANS LE CADRE DE VOTRE ALD

Ceux-ci ne sont pas pris en charge systématiquement. Les frais de transports pour réaliser des traitements ou des examens liés à une ALD sont pris en charge si, vous présentez également une déficience ou une incapacité autorisant le transport en ambulance, en véhicule sanitaire léger ou en taxi. Les professionnels de santé connaissent ces conditions.

De plus, si vous optez pour la voiture particulière ou les transports en commun, la prise en charge ne vous sera accordée que si votre état de santé nécessite un accompagnant. Cette notion doit être obligatoirement notifiée sur la prescription.



Pour ces situations, vous êtes dans l'**obligation de faire une demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale**. Voir également le chapitre *Accord Préalable*.

Le Service médical de la CPAM dispose de 15 jours pour se prononcer sur une demande d'accord préalable. Passé ce délai, l'absence de réponse du service médical vaut acceptation. Seuls les refus de prise en charge sont notifiés dans ce délai, avec l'indication des voies de recours.

Moyens de transport

- Ambulance, véhicule sanitaire léger conventionné : tarifs fixés dans le cadre de la convention nationale.



La CAMIEG a passé des conventions avec des agences de voyages permettant aux résidents de Corse ou DOM d'être dispensés des avances de frais.

N'hésitez pas à consulter le site

<http://annuaire.sante.ameli.fr/>



- Taxi conventionné : Disponible sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/> ou par téléphone au 36 46.



- Transport en commun : remboursement sur le transport le plus économique.

- Avion ou bateau : vous serez remboursé sur la base du tarif le plus bas.

- Voiture particulière.

**Pour en savoir plus :
Voir notre fiche pratique
Transports
pour motif médical.**



Gardez une copie de votre demande et surtout adressez-la en recommandé AR au Service médical de votre CPAM. Ainsi vous pourrez justifier son envoi.

Cures thermales

Principes

Pour être prise en charge, votre cure thermale doit être prescrite par votre médecin traitant, ou par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales. Celle-ci sera prise en charge si elle concerne une des 12 affections ou pathologies pouvant y ouvrir droit (ex : affections digestives, urinaires, neurologie, phlébologie...).

Vous pouvez bénéficier d'une prise en charge de vos soins pour deux affections (cure double orientation). Dans ce cas, la station choisie doit être agréée dans les deux orientations thérapeutiques.

C'est le médecin qui choisit la station thermale la plus proche de votre domicile en fonction de votre affection ou pathologie.

Vous avez droit à une seule cure dans la même année civile pour une même affection (sauf grands brûlés).

L'Assurance Maladie fixe la durée à 18 jours de traitements effectifs. Sa prise en charge est effective si elle a été effectuée en intégralité. Hors cas de force majeure ou pour raison médicale, celle-ci ne peut être interrompue.

Démarches

Vous devrez en faire la demande préalablement auprès de la CAMIEG en lui adressant le questionnaire de prise en charge que vous remplirez avec votre médecin, ainsi que la déclaration de ressources concernant la prise en charge de vos frais de transports et d'hébergement.

Dès réception et enregistrement de votre dossier, la CAMIEG vous délivre le document «Prise en charge administrative de cure thermale et facturation» vous permettant de compléter votre dossier de remboursement lors de la réalisation de la cure thermale.

Vous devrez remettre ce document à votre arrivée sur le lieu de cure.

La CAMIEG prend en charge les frais médicaux liés à la cure thermale. Ils comprennent le forfait de surveillance médicale et le forfait

thermal. Sous conditions de ressources, vos transports peuvent également être pris en charge.

Si vous êtes dans cette situation ou que l'établissement n'est pas conventionné, adressez votre facture à votre CPAM/MSA. Dès remboursement de la part Régime Obligatoire, adressez le décompte de la CPAM/MSA à la CAMIEG afin que celle-ci vous rembourse la part Régime complémentaire.

⚠ Cas des agents des IEG en activité : prenez rendez-vous avec le médecin-conseil de votre entreprise avant le départ en cure. S'il valide votre prescription, il vous délivrera une autorisation d'absence du 1^{er} jour de la cure au dernier. Sa validation équivaut à un arrêt de travail. La saisie de celui-ci étant différente selon votre entreprise, signalez-le à votre manager.



De nombreux établissements thermaux sont conventionnés avec la CAMIEG, ce qui vous évite d'avancer les frais. Cette possibilité de tiers payant n'est pas disponible pour les assurés Régime complémentaire seul (ayant droit, SICAE...).

Votre surcomplémentaire peut venir compléter les remboursements de la CAMIEG.



Pour en savoir plus sur les cures et la prise en charge des frais, consultez notre fiche pratique **Cure thermale**.

Dialoguer, envoyer, réclamer, contester

Dialoguer

Vous avez une question ? Avez-vous besoin d'informations ? Besoin d'informations complémentaires sur vos prestations, vos remboursements... Appelez les services de la CAMIEG sans plus attendre ! Des conseillers se feront un plaisir de répondre à toutes vos questions.

En complément de votre *compte Ameli*, la CAMIEG met à votre disposition différents moyens pour entrer en contact avec la Caisse :



08 06 06 93 00 du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h.



Prendre un rendez-vous partout en France.



Mon espace complémentaire Camieg
(pour les bénéficiaires du RC seul).



Être rappelé : Prendre un rendez-vous téléphonique (camieg.fr).



Du nouveau à la CAMIEG : prendre rendez-vous avec un conseiller en visioconférence.



Elioz Connect.



Actus près de chez vous.

Envoyer

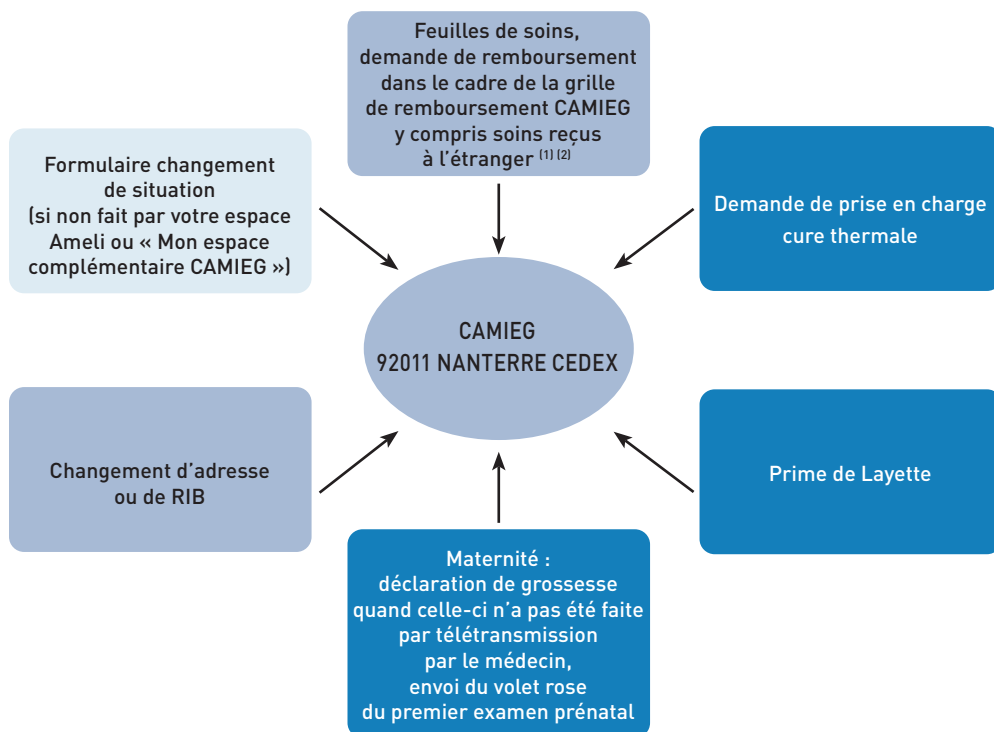
À chaque demande, son interlocuteur.

Pour s'assurer de l'envoi de vos documents papier auprès du bon interlocuteur. Vous trouverez à la page suivante un schéma récapitulatif pour vos prochains envois.

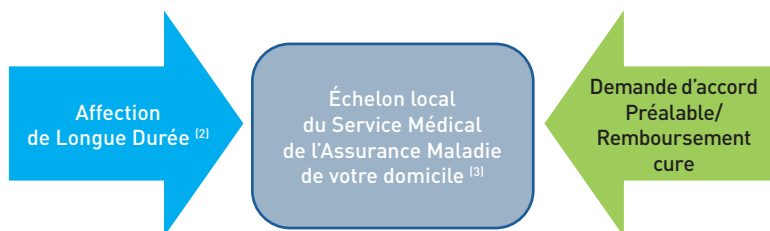
⚠ Arrêt de travail : Prenez contact avec votre employeur.

Voir notre chapitre :

Prise en charge des frais médicaux dans le cadre de l'Accident de Travail.



D'autres documents ne doivent pas être envoyés à la CAMIEG :



(1) Pour les assurés Part Complémentaire seule (conjoint(e), étudiants de plus de 24 ans...), les feuilles de soins sont à adresser en premier lieu à votre organisme effectuant les remboursements du Régime Général (CPAM, Sécurité Étudiante...).

(2) Conservez une copie des documents envoyés.

(3) Vous pouvez trouver l'adresse de votre échelon local auprès de votre professionnel de santé ou sur le site de la CAMIEG. Un envoi des documents en Recommandé Accusé de Réception est à privilégier. Vos documents étant traités par l'Assurance Maladie, notifiez bien sur ceux-ci que vous êtes « Assuré CAMIEG ». Les documents transmis ne doivent pas être agrafés, liés ou scotchés.

Arrêt maladie

La CAMIEG ne prend pas en charge le traitement des informations relatives aux arrêts maladie. Transmettez votre arrêt de travail directement à la médecine-conseil et contrôle dont vous dépendez et à votre employeur.

Devis

Les devis doivent être adressés directement à votre surcomplémentaire.

Réclamer

Vous pouvez saisir le conciliateur de la CAMIEG en cas d'insatisfaction ou de contestation sur le traitement de votre réclamation. Le conciliateur n'a pas pouvoir de décision. Il peut intervenir dans les relations entre les professionnels de santé et l'assuré (ex. : refus de soins, difficulté à déclarer un médecin traitant, rendez-vous impossible dans des délais satisfaisants...).

Vous pouvez lui écrire à :

**Conciliateur de la CAMIEG
CAMIEG
92011 Nanterre Cedex**

Contester

Au sein de la CAMIEG, une Commission de Recours Amiable (CRA), **où siègent vos représentants FO** se charge de recevoir les contestations. Son rôle est de s'assurer que le refus correspond à la législation et à la réglementation en vigueur.

Les refus peuvent être administratif et/ou médical.

Pour chacune des situations des spécificités s'opèrent :

Dans le cadre des refus administratifs :

- Affiliation, ouverture ou prolongation de droit au versement des prestations de base et complémentaires.
- Prise en charge (remboursements de base et complémentaires) ou d'exonération du ticket modérateur.
- Notifications de :
 - Remboursement fait à tort.
 - Redressement, avec ou sans pénalités, de cotisations des employeurs ou des assurés ayant volontairement opté pour le bénéficiaire du RC (Régime Complémentaire).

Dans le cadre des refus médicaux :

Contactez la CPAM de votre domicile pour demander une expertise médicale.

La CAMIEG, ayant eu notification de cette expertise, appliquera la/les décisions prises par le médecin contrôle de la CPAM. Si refus, alors vous pourrez saisir la CRA dans **un délai de deux mois à réception du courrier de refus.**



Envoyez votre demande par Recommandé Accusé de Réception.

Suite au refus de la CRA, vous pourrez ensuite, dans un délai de deux mois, engager une procédure auprès du pôle social du tribunal judiciaire de votre lieu de domicile.

En dernier ressort, vous pourrez faire appel auprès de la Cour d'appel et/ou vous pourvoir devant la Cour de cassation.



CONCILIATEUR

Mes cartes

Carte vitale

Grâce à la carte vitale, vous n'avez plus besoin d'envoyer une feuille de soins pour bénéficier d'un remboursement. Vous avez moins de démarches à effectuer et le délai de traitement est réduit. Elle justifie de vos droits et de leur durée en matière de santé.

La carte vitale est attribuée dès l'âge de 16 ans, ou dès l'obtention d'un numéro de Sécurité sociale dans le cas où vous venez d'arriver en France.



La carte vitale peut être demandée dès l'âge de 12 ans. Pour les 12-15 ans, la commande se fait uniquement depuis le compte Ameli des parents.

Vous pouvez commander votre carte vitale par courrier ou en ligne depuis votre compte Ameli.

• Demande par courrier :

Prenez contact avec la CAMIEG qui vous enverra un formulaire pré-rempli « ma nouvelle carte vitale » que vous lui retournerez après vérification, avec les pièces demandées.

• Demande depuis votre compte Ameli :

Dans la rubrique Mes démarches – ma carte vitale – commander ma carte vitale, suivez simplement les instructions.

Votre carte vitale vous est adressée sous 3 semaines environ, vous pouvez demander ou télécharger sur votre compte Ameli une attestation de droits.



Vous pouvez suivre le traitement de votre demande sur votre compte Ameli, en allant dans les rubriques « Mes démarches » et « Suivre ma commande de carte vitale ».

Votre carte vitale doit être mise à jour chaque année et à chaque changement de situation.

En cas de perte ou de vol

Contactez au plus vite la CAMIEG.

Vous pouvez le signaler sur votre compte Ameli dans la rubrique Mes démarches → Ma carte vitale → Signaler la perte, le vol ou le dysfonctionnement de ma carte vitale. Vous pourrez également commander immédiatement une nouvelle carte vitale.



La CAMIEG ne gère pas les demandes de carte vitale. C'est un centre dédié pour tous les assurés, quel que soit le régime de sécurité sociale, qui est en charge. Ne joignez donc aucun autre document au formulaire (feuille maladie...).

La carte vitale dématérialisée

La e-carte vitale est une alternative dématérialisée à votre carte vitale physique, qui continue d'exister. Elle est accessible pour tous sur smartphone et tablette via une application nommée « apCV », téléchargeable gratuitement.

Elle offre les mêmes fonctions que la carte physique.



Pour l'instant, la nouvelle carte ne peut être utilisée qu'auprès de certains professionnels de santé ayant mis à jour leur logiciel de facturation, et détenteurs d'un lecteur NFC ou de QR Code. La technologie NFC (Near Field Communication) n'est pas disponible sur tous les smartphones.

La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

Cette carte vous permet de bénéficier de la prise en charge de vos soins de santé dont vous auriez besoin lors d'un séjour temporaire dans l'un des 27 États membres de l'UE, et ce dans les mêmes conditions et au même tarif que les personnes assurées dans ce pays.

Important : Chaque membre de la famille doit posséder sa propre carte, même les enfants.

Vous pouvez demander la CEAM à la CAMIEG ou en faire la demande en ligne sur votre compte Ameli, rubrique « Mes démarches ».

**Pour en savoir plus, voir le chapitre :
Travailler, Étudier, Vivre à l'étranger.**



Les outils Internet de l'assuré CAMIEG

Compte Ameli

Une fois que vous êtes affilié auprès de la CAMIEG, votre numéro de Sécurité sociale vous servira pour la création de votre espace personnel, préparez aussi votre RIB.

Pour créer votre compte Ameli, vous avez deux méthodes possibles :

- **Méthode 1** : Rendez-vous sur la page du site Ameli.fr.
- **Méthode 2** : France Connect, si vous utilisez déjà ce service pour vos impôts ou si vous avez créé votre « identité numérique ». Pour la création de votre compte, et peu importe la méthode utilisée, différents

renseignements vous seront demandés, dont une partie des chiffres de votre numéro de compte bancaire enregistré par la CAMIEG et une partie du n° de votre carte vitale.



Pour confirmer la création de votre compte, vous aurez à cliquer sur le lien contenu dans un mail qui vous sera adressé. Vous disposez d'un délai de 7 jours pour effectuer cette validation.

Votre compte est aussi disponible sur l'application mobile « Mon compte Ameli ».

Mon espace complémentaire CAMIEG

Accessible en ligne, il est dédié aux assurés éligibles à la part complémentaire seule.

Pour créer votre espace complémentaire, il suffit de vous rendre sur www.camieg.fr/compte-rc, en vous munissant de votre carte vitale et de votre Relevé d'Identité Bancaire.

Cet espace et votre compte Ameli favorisent les échanges avec la CAMIEG. Ils vous permettent aussi :

- D'éditer une attestation de droits Régime Complémentaire.



- De modifier votre Relevé d'Identité Bancaire.
- D'effectuer directement votre changement d'adresse.
- D'échanger avec la CAMIEG qui gère votre part Régime Complémentaire.



Lors de votre envoi aux services concernés, les documents transmis ne doivent pas être agrafés, liés ou scotchés. Et conservez une copie de votre formulaire complété pour vos dossiers.

Liens utiles : ça peut servir

Ces liens, les plus souvent utilisés, peuvent vous aider dans la réalisation d'une demande. Retrouvez ci-dessous et téléchargez l'ensemble des formulaires administratifs de la CAMIEG selon votre situation.

Formulaires administratifs de la CAMIEG :



- Rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents.



- Rattachement des membres de la famille pour la part complémentaire seule.



- Déclaration du médecin traitant.



- Utilisation d'un nom d'usage.



- Prime layette.



- Allocation décès.



- Feuille de soins – soins reçus à l'étranger – salariés détachés.



- Prestations dans le cadre de courts séjours.



- Demande de dérogation pour délivrance des médicaments pour séjour à l'étranger d'une durée supérieure à un mois.



- Demande d'aide financière.

Demande d'attestation :



- Téléchargez votre attestation (RO/RC) de droits, ou celle de votre enfant.



- Téléchargez votre attestation (RC) de droits.



- Carte Européenne d'Assurance Maladie.

Carte vitale :



- Commandez votre carte vitale.



- Déclarez la perte, le vol de votre carte.

Mon Espace Santé

Vous trouverez à l'intérieur de cet espace, un dossier médical pour y stocker vos données de santé de façon sécurisée telles que votre profil médical, vos traitements, vos résultats d'examens, vos antécédents médicaux, et vos comptes rendus d'hospitalisation... Avec la possibilité de les partager avec vos professionnels de santé.

Vous pourrez également y inclure les données médicales de vos enfants mineurs.



Pour ouvrir votre compte, il faudra se munir des codes d'activation adressés par l'Assurance Maladie, de votre carte vitale et de vous connecter au site : [Monespacesante.fr](https://monespacesante.fr).

Une messagerie sécurisée vous est dédiée pour échanger des informations en toute confidentialité avec les professionnels de santé. Seul un professionnel de santé peut initier un premier échange avec vous. Vous aurez ensuite la possibilité de lui répondre.

Ce service n'étant pas mis en place par la CAMIEG, mais par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, il faudra appeler le 3422 pour obtenir des réponses à vos questions.

3422

Service gratuit
+ prix appel



Vous pouvez vous opposer à la création de cet espace soit en allant sur le site, soit en appelant le 3422 (service gratuit + prix de l'appel). Vous pourrez également le supprimer à tout moment, à partir du site. Les données seront inaccessibles, mais seront conservées 10 ans.

Les actions de prévention

La CAMIEG réalise des actions de prévention et se fait également le relais des campagnes de santé publique.

Les thématiques abordées sont l'activité physique, l'alimentation, les addictions, la santé du dos, le bien-être et la santé mentale, le sommeil, les maladies cardiovasculaires, etc.

Pour connaître les actions de prévention organisées par la CAMIEG, près de chez vous, consultez le site : *Actus près de chez vous*.

La CAMIEG se fait également le relais d'actions de prévention :

- Programme M'T Dents.
- Dépistage du cancer du sein et colorectal.
- Vaccination grippale.
- Mal de dos.
- Addiction au tabac.
- Se protéger des bactéries et des virus.
- Diabète et asthme (programme SOPHIA)...



Concernant l'addiction au tabac, certains substituts nicotiques sont intégralement pris en charge. Pour être remboursée, l'ordonnance ne doit comporter que les substituts qui vous sont délivrés. Pour en savoir plus : Tabac - Alcool (camieg.fr).

La CAMIEG est l'un des partenaires de la cohorte Constances et Gazel. Ces études épidémiologiques permettent d'étudier les moyens de rester en bonne santé, et d'analyser les causes de la survenue des maladies.

Depuis 2012, c'est plus de 200 000 volontaires adultes âgés de 18 à 69 ans.

PREVENTiON

N'hésitez pas à contacter
le **0 805 02 02 63 (appel gratuit)**
pour plus de renseignements.

Ou sur internet :

www.gazel.inserm.fr



et

www.constances.fr



Aides sociales

Depuis quelques années, les frais de santé sont de moins en moins bien remboursés, ce qui a pour conséquence un reste à charge pouvant engendrer des difficultés financières importantes.

En premier lieu, il est important de connaître ces éventuels restes à charge en questionnant votre professionnel de santé et en demandant un devis pour tous soins médicaux onéreux.



Adressez vos devis à votre surcomplémentaire pour connaître ce qui restera effectivement à votre charge.



Obtenir cette information en amont de tout acte s'avère important dans la recherche d'un certain équilibre financier, puisqu'**aucun soin non pris en charge par le régime obligatoire n'est remboursé par la CAMIEG.**

Dans cette situation, seule l'intervention d'une surcomplémentaire est possible telle que CSM (MUTIEG A pour les salariés)/CSM Evin/CSMR (pour les retraités) ou autres.

Malgré tout, si vous devez engager des frais et que le reste à charge est au-dessus de vos capacités financières, vous avez la possibilité de demander une aide financière auprès de la CAMIEG et à votre surcomplémentaire.

CAMIEG

Vous devez adresser votre demande à la commission d'action sanitaire et sociale en complétant ce formulaire accompagné des pièces justificatives à la :

CPAM 92
Département Prévention Santé
Service des aides financières
92026 Nanterre Cedex

⚠ Les documents transmis ne doivent pas être agrafés, liés ou scotchés. N'engagez pas de dépenses avant de transmettre votre demande à la commission, votre dossier doit présenter un devis et non une facture. Tout soin commencé équivaut à signature du devis.

La commission n'intervient pas concernant les frais funéraires, les dépassements d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes, les frais pour chambre particulière, les frais prescrits depuis plus de deux ans, un montant de l'aide inférieur à 80 €.

Si le montant de votre demande s'avère être supérieur à 304,90 € (sauf frais d'optique, dentaires, auditifs ou aide-ménagère), vous devrez fournir une enquête sociale que vous effectuerez avec l'aide d'une assistance sociale de votre choix. Celle-ci transmettra ensuite le dossier au service des aides financières de la CPAM 92.

Contrat surcomplémentaire

Renseignez-vous auprès de votre organisme complémentaire qui peut vous accorder des aides.

⚠ Les fonds d'aides ne sont pas totalement consommés chaque année pour le contrat CSM (obligatoire pour les actifs), n'hésitez pas à en faire la demande.

Glossaire

AAH

Allocation Adulte Handicapé.

Ambulatoire

Se dit d'un traitement ou d'un soin se faisant à domicile ou nécessitant une hospitalisation à la journée (en hôpital de jour).

ALD : Affection Longue Durée

Une Affection de Longue Durée exonérante est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100 %.

AMC

Assurances Maladie Complémentaires

AMO

Assurance Maladie Obligatoire

AT

Accident du Travail

Ayant Droit : AD

Désigne les membres de la famille rattachés à un assuré CAMIEG pour la prise en charge de leurs frais de santé.

Base de Remboursement : BR

Tarif fixé par convention, appliqué par l'Assurance Maladie Obligatoire, servant de base de calcul pour le remboursement des actes médicaux : pharmacie, hospitalisation, soins dentaires, optique...

Carte de tiers payant/Carte mutuelle

Carte individuelle adressée à tout adhérent (membre participant ou ayant droit), renouvelée et envoyée avant la fin de l'année.

Vous devez l'avoir sur vous et la présenter pour bénéficier du tiers payant. Contient notamment votre N° d'adhérent, et les informations sur vos droits au tiers payant.

Carte vitale

Elle contient des informations relatives à l'AMO et permet la télétransmission directe d'une feuille de soins aux services de celle-ci, et vous évite ainsi l'avance de certaines parts de remboursement Sécurité sociale (pharmacie, consultations, etc.).

CEAM

Carte Européenne d'Assurance Maladie.

CLEISS

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale.

CNIEG

Caisse Nationale des Industries Électriques et Gazières.

Caisse de retraite des salariés des IEG et de leurs pensionnés (veuf, veuve, orphelins).

CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA

Commission de Recours Amiable
À pour objet de régler de façon amiable les différends entre un usager et la CAMIEG.

Demande d'entente préalable

Document que le professionnel de santé doit remplir pour certains actes. Le patient doit le transmettre au contrôle médical de sa caisse de Sécurité sociale.

Dépassement d'honoraires

Montant facturé par le professionnel de santé au-delà du tarif de convention, et non remboursé par la CAMIEG.

Feuille de soins

Formulaire papier ou électronique qui sert de preuve à un acte médical accompli.

Feuille de soins électronique

Transmission vers la Sécurité sociale par voie électronique des données relatives aux actes médicaux réalisés par un professionnel de santé.

Forfait hospitalier

En cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures, participation financière journalière du patient aux frais d'hébergement de l'hôpital. Non remboursé par la CAMIEG et dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, son montant est fixé par Arrêté.

Franchise médicale

Montant non remboursé par votre Sécurité sociale (sauf pour les assurés de moins de 18 ans, ou en maternité), et déduit sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

IJ : Indemnités Journalières

Les Indemnités Journalières (IJ, appelées aussi prestations en espèces) sont versées, sous certaines conditions, pour compenser une perte de revenu, à la suite d'un arrêt de travail prescrit par un médecin.

IJ AT/MP

IJ Accident du Travail et Maladie Professionnelle, rentes d'incapacité permanente et pensions d'invalidité.

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

Équivalent de la Sécurité sociale pour

certaines activités dites agricoles. Les salariés concernés sont rattachés à la MSA pour le Régime Obligatoire et/ou le Régime Complémentaire.

Médecin conventionné

En secteur 1, votre professionnel de santé conventionné applique uniquement le tarif de convention fixé par la Sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas de demande particulière de votre part comme une visite médicale en dehors des heures d'ouverture. En secteur 2, il est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Médecin traitant

Vous devez en déclarer un à la Sécurité sociale. Si vous le consultez en premier, cela vous assure un parcours de soins coordonné et un remboursement plus important. Il vous oriente ensuite vers un spécialiste si nécessaire.

NOÉMIE : Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs

Procédure d'échanges de données informatisées (télétransmission) entre la CAMIEG et votre surcomplémentaire.

Non conventionné

Un médecin est « non conventionné » quand il choisit de ne pas adhérer à la convention médicale. Il peut réclamer les honoraires qu'il souhaite. La CAMIEG remboursera très peu ses honoraires, et uniquement selon une base de remboursement nommée « tarif d'autorité ».

N° de Sécurité sociale ou NIR pour N° d'Inscription au Répertoire

N° d'immatriculation qui permet à la CAMIEG de rembourser vos frais de santé. Composé de 13 chiffres, il figure sur votre carte vitale ou sur une attestation vitale.



Dans les moments sensibles, vous pouvez compter sur nous !

Parce que personne n'est à l'abri des moments difficiles de la vie, **vosre complémentaire santé et/ou prévoyance vous protège lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin** (aide à la famille, aux aidants familiaux, en cas de fragilités budgétaires, de handicap ou de cancer).

Pour en savoir plus sur votre **accompagnement social**, consultez notre site internet **malakoffhumanis.com**

 **malakoff
humanis**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE



Devenons l'énergie qui change tout.

NON. L'ÉLECTRICITÉ N'EST PAS TOUJOURS PLUS VERTE AILLEURS.

EDF, leader européen des énergies renouvelables*.

RCS PARIS 552 081 317



PARTENAIRE
PARALYMPIQUE ET OLYMPIQUE

L'énergie est notre avenir, économisons-la!

*Source : Étude PwC – Changement climatique et électricité – Facteur carbone européen, comparaison des émissions de CO₂ des principaux électriciens européens (décembre 2020).