

PRÉSERVONS *nos droits* ET **CONSTRUISONS** *l'avenir*



LIVRET

CAMIEG

2021





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
Vincent HERNANDEZ

ÉQUIPE DE RÉDACTION
Sandrine TELLIER
Secteur communication

PHOTOS
Médiathèque FO Énergie et Mines
Adobe Stock

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



présERVER ■ FACILITER ■ RENFORCER

P. 03

- 03 > La couverture maladie dans les IEG
- 04 > Qui peut bénéficier de la couverture CAMIEG ?
- 05 > Affiliation jeune embauché
- 06 > Affiliation des enfants
- 08 > Affiliation conjoint, concubin, partenaire d'un PACS
- 09 > Enfant étudiant
- 12 > Enfant en apprentissage ou contrat de professionnalisation
- 13 > Modifications administratives, modifications situation familiale
- 17 > Départ à la retraite
- 20 > Comprendre un tableau de garanties
- 21 > Comment être remboursé de ses frais médicaux
- 22 > Les relevés de remboursements
- 24 > Accord préalable
- 26 > Affection Longue Durée (ALD)
- 27 > Prise en charge des médicaments
- 28 > Hospitalisation
- 30 > Optique
- 32 > Soins et prothèses dentaires
- 33 > Prothèses auditives
- 34 > Carte vitale / Compte Ameli / « Mon espace complémentaire CAMIEG »
- 36 > Transports
- 38 > Maternité
- 39 > Prise en charge des frais médicaux dans le cadre de l'Accident de Travail (AT)
- 40 > Soins à l'étranger lors d'un séjour temporaire
- 42 > Cures
- 43 > Envoyer, réclamer, contester
- 45 > Dossier Médical Partagé
- 46 > Les actions de prévention
- 47 > Aides sociales



La couverture maladie dans les IEG

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. Une unique cotisation (différente que l'on soit en activité ou retraité) est prélevée des salaires ou des pensions pour ces deux parts. Elle reste identique quel que soit le nombre de personnes de la famille bénéficiant de la couverture CAMIEG.

Votre contrat CAMIEG couvre vos dépenses de soins santé et vous accompagne lors d'une maternité. La CAMIEG ne gère pas les arrêts de travail, les accidents de travail, les maladies professionnelles. Elle n'est pas (à date de parution de ce livret) dotée d'un service médical.

À fin 2019, 505 000 personnes dont 302 000 ouvrants droit (salariés et pensionnés IEG) et 203 000 ayants droit (membres des familles des assurés cotisants IEG) étaient affiliés à la CAMIEG.

La caisse compte 229 salariés dont 6,5 emplois partagés*. Les salariés de la CAMIEG, hors emplois partagés, dépendent de la convention collective Sécurité sociale. Ils sont répartis entre le siège de Montreuil et les 12 antennes régionales. Ils ont en charge l'affiliation, l'accueil téléphonique pour les données administratives ou les remboursements (aboutissement d'une revendication FO portée depuis la création de la caisse), les demandes dématérialisées par le site Ameli mais également la gestion du risque et la mise en œuvre des programmes de prévention déclinés en région.

La gestion des remboursements (télétransmission, feuilles de soins papiers) est centralisée auprès de la CPAM des Hauts-de-Seine. Vous bénéficiez d'une couverture sur-complémentaire CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) lorsque vous êtes en activité. Cette couverture est obligatoire, elle est gérée par Énergie Mutuelle. Résultat d'un accord de branche, un comité de suivi composé des organisations syndicales salariés et employeurs se réunit au moins une fois par an. Les montants des cotisations et des prestations y sont discutés et négociés.

À votre départ à la retraite, cette couverture n'est plus obligatoire. Il vous est proposé de continuer d'en bénéficier ou de prendre une autre couverture sur complémentaire ou de faire le choix de ne plus en souscrire. Ce choix vous appartient.

Retrouvez dans le chapitre « Départ à la retraite » les couvertures sur-complémentaires qui peuvent vous être proposées en continuité du contrat CSM ou par la CCAS. Nous vous inviterons tout au long du livret à vous reporter aux termes de votre contrat sur les remboursements et participations supplémentaires dont vous pouvez bénéficier.

* Agents des IEG travaillant en partie pour la CAMIEG afin d'assurer les permanences en antennes (Corse et Outre-Mer).



4 Qui peut bénéficier de la couverture CAMIEG ?

Régime spécial de Sécurité sociale, la CAMIEG gère la part régime de base (ou régime obligatoire) et régime complémentaire.

Actifs ou retraités ayant effectué à minima 15 ans de service, **la couverture CAMIEG est obligatoire.**

Les salariés des SICAE (Sociétés d'Intérêt Collectif

Agricole d'Electricité) bénéficient de la couverture complémentaire uniquement de la CAMIEG. Ceux-ci sont rattachés à la MSA (Mutuelle Sociale Agricole) pour la part régime de base.

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.**

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'évènement (embauche, retraite, décès). Le veuf ou la veuve de l'ouvrant peut en bénéficier sous conditions de ressources.

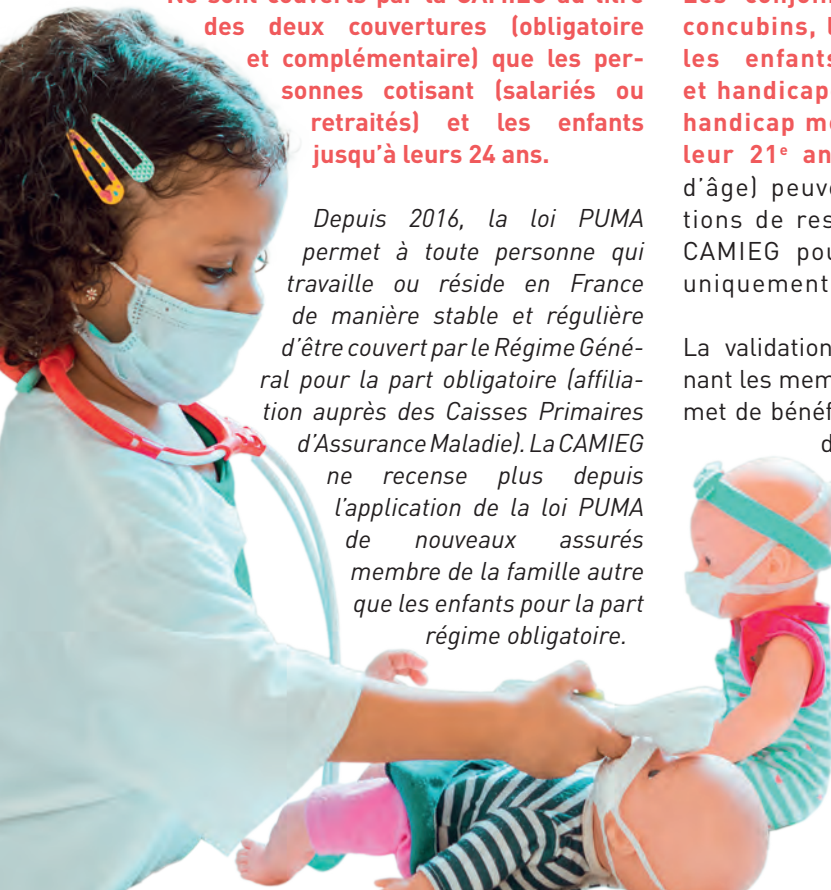
Ne sont couverts par la CAMIEG au titre des deux couvertures (obligatoire et complémentaire) que les personnes cotisant (salariés ou retraités) et les enfants jusqu'à leurs 24 ans.

Depuis 2016, la loi PUMA permet à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière d'être couvert par le Régime Général pour la part obligatoire (affiliation auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie). La CAMIEG ne recense plus depuis l'application de la loi PUMA de nouveaux assurés membre de la famille autre que les enfants pour la part régime obligatoire.

Les conjoints, partenaires de PACS, concubins, les enfants de 24 à 26 ans, les enfants orphelins 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.

La validation des droits CAMIEG concernant les membres de votre famille leur permet de bénéficier également des garanties de votre Couverture Supplémentaire Maladie (obligatoire pour les actifs).

* Détails dans le chapitre « affiliation conjoint, concubin, PACS ».



Affiliation jeune embauché

Dès votre embauche, vous relevez obligatoirement du Régime obligatoire Maladie des IEG qui se compose de deux organismes :

- La CAMIEG, part Régime obligatoire (Sécurité sociale) et part complémentaire.
- La CSM (Couverture Supplémentaire Maladie) gérée par Mutieg A Asso d'Énergie Mutuelle.

Affiliation à la CAMIEG

Les démarches d'affiliation sont effectuées par votre employeur. La CAMIEG procèdera à votre affiliation et vous enverra un courrier vous demandant 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. Cette demande peut également vous

parvenir par voie postale. Dans le cas d'un déménagement rapide après votre embauche, assurez-vous d'avoir fait votre changement d'adresse auprès de votre service Ressources Humaines.

Votre dossier ne peut être validé qu'après réception des pièces complémentaires (RIB, copie de votre carte vitale...).

Affiliation à la CSM Mutieg A d'Énergie Mutuelle

À réception de votre attestation CAMIEG, vous devez vous faire connaître d'Énergie Mutuelle afin de valider votre adhésion CSM (Couverture Supplémentaire Maladie). 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.

Deux processus sont développés selon votre entreprise (les listes entreprises Processus 1 ou 2 : https://www.energiemutuelle.fr/files/CSM/base_documentaire/CSM_LISTE_ENTREPRISES_P1_P2.pdf).

Le bulletin d'affiliation est à retourner soit directement à Énergie Mutuelle, soit à votre service Ressources Humaines accompagné des pièces demandées.

Dès votre adhésion validée, vous recevrez votre carte adhérent.

L'adhésion pour la CSM peut être faite directement par internet.

Conseils FO :

● Si vous ne recevez aucun courrier de la CAMIEG dans les 30 jours suivant votre embauche, prenez contact avec la CAMIEG. Un représentant FO peut vous aider dans vos démarches.

● Dès confirmation de votre affiliation, effectuez la mise à jour de votre carte vitale (possible sur les bornes des CPAM ou chez les professionnels de santé : pharmacies...).

● Si vous aviez une mutuelle, effectuez en la résiliation, la CAMIEG vous remboursant désormais la part de base (Régime obligatoire) et la part complémentaire.

Affiliation des enfants

L'enfant dont l'assuré ouvrant droit à la CAMIEG assume la charge peut bénéficier de la couverture maladie.

L'enfant dont la filiation, y compris adoptive ou recueilli est reconnue ainsi que l'enfant reconnu pupille de la Nation dont l'assuré est tuteur, peut être rattaché en qualité ayant droit.

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

- 16 ans.
- 24 ans s'il poursuit des études ou s'il est sans activité.

Si l'enfant ne remplit plus les conditions pour être couvert pour les deux parts, il peut continuer à bénéficier de la CAMIEG concernant la part Régime Complé-

mentaire seule, sous conditions de ressources.

Jusqu'à 16 ans :

L'enfant est reconnu par la CAMIEG pour la part Régime Obligatoire et Régime Complémentaire.

Un enfant peut être rattaché aux deux parents ou à un seul des deux. Si vous faites le choix du rattachement sur les deux parents, il vous faudra nommer lequel sera identifié « rattachement principal ».

Couple de salariés des IEG

Le choix de ce rattachement n'aura aucune incidence sur les remboursements CAMIEG. Votre enfant étant identifié rattaché sur vos deux numéros de Sécurité sociale, la CAMIEG vous remboursera quelle que soit

la carte vitale présentée ou la feuille de soins envoyée.

Cependant, un seul des deux parents est reconnu par Energie Mutuelle dans le cadre de votre contrat CSM (obligatoire pour les actifs) comme cotisant famille, la transmission des données concernant l'enfant devra être réalisée sur le numéro de Sécurité sociale du parent cotisant pour permettre le remboursement des soins délivrés à l'enfant.

Couple de salariés dont un seul des deux est salarié des IEG

Si en tant qu'assuré CAMIEG, vous renoncez au rattachement principal, le parent hors IEG reconnu « rattachement principal » pourra bénéficier du remboursement des soins concernant l'enfant par les organismes gérant sa propre couverture maladie.

Si vous souhaitez que la CAMIEG intervienne au niveau des remboursements pour votre enfant, il est indispensable que les soins et les factures soient établis avec votre numéro de Sécurité sociale. La CAMIEG ne remboursera aucun soin pour l'enfant si celui-ci est renseigné avec le numéro de Sécurité sociale du parent non assuré CAMIEG, votre contrat sur-complémentaire CSM (obligatoire pour les actifs) ne déclenchera pas non plus de complément de remboursement.

De 16 ans à 24 ans :

À 16 ans, l'enfant reçoit automatiquement le formulaire afin de recevoir sa propre carte vitale. Celle-ci comporte son propre numéro de Sécurité sociale délivré dès sa naissance. Il doit également déclarer auprès de la CAMIEG le choix de son médecin traitant. Sauf

activité salariée (ex contrat d'apprentissage), il bénéficie de 16 ans à 24 ans de la couverture CAMIEG pour la part régime obligatoire et complémentaire. Aucun justificatif n'est à fournir à la CAMIEG durant cette période.

S'il effectue une activité salariée, il est indispensable qu'il soit déclaré au régime obligatoire auprès de la CPAM mais pourra continuer à bénéficier de la couverture complémentaire CAMIEG sous conditions de ressources*.

À partir de 24 ans :

L'enfant ne peut plus être rattaché à la CAMIEG pour la part régime obligatoire. Il doit se faire connaître auprès du régime général (CPAM). Il peut continuer à bénéficier de la couverture CAMIEG uniquement pour la part régime complémentaire de 24 à 26 ans sous conditions de ressources*.

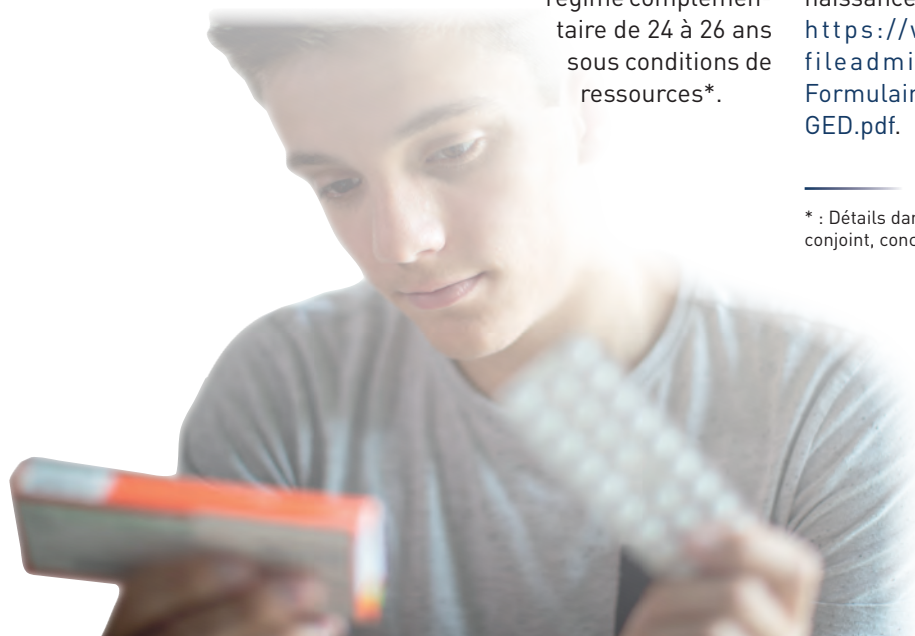
Au-delà de 26 ans :

L'enfant orphelin d'un parent et handicapé ou l'enfant atteint d'un handicap médicalement reconnu 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 (obligatoire pour les actifs). Pour les autres contrats sur-complémentaires, reportez-vous aux conditions de votre contrat.

Vous est versée à la naissance d'un enfant ou adoption une prestation par la CAMIEG intitulée « **prime layette** » (318 € au 1^{er} juillet 2020). Afin de l'obtenir, complétez et renvoyez accompagné des pièces demandées le formulaire « prime layette naissance et adoption » : https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/Prime-layette-GED.pdf.

* : Détails dans le chapitre « affiliation conjoint, concubin, PACS ».



Affiliation conjoint, concubin, partenaire d'un PACS

Les conjoints, concubins, partenaires d'un PACS peuvent bénéficier de la part régime complémentaire seule CAMIEG sous conditions de ressources.

Depuis 2016, la loi PUMA permet à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière d'être couvert par le Régime Général pour la part obligatoire (affiliation auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie). La CAMIEG ne recense plus depuis l'application de la loi PUMA de nouveaux assurés membres de la famille autre que les enfants pour la part régime obligatoire.

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 (pour droits 2021, le plafond de ressources perçues en 2019 est de 15 647 €).

Le montant des ressources comprend :

Ce montant comprend :

- Revenus activité salariée ou non.
- Pensions invalidité, retraite, rentes.
- Indemnités journalières maladie, maternité, paternité, accident du travail/maladie professionnelle.
- Allocations chômage, pré-retraite.
- Pensions alimentaires reçues.
- Revenus soumis à prélèvement libératoire.
- Certains revenus du patrimoine (revenus fonciers, capitaux mobiliers, plus-values...). Dans le cas d'un avis d'impôt commun, ceux-ci sont répartis par moitié sur chaque déclarant, si cette répartition n'est pas la situation réelle, contactez la CAMIEG, sur justificatifs une nouvelle étude sera faite.

Ne comprend pas :

- Revenus exceptionnels.
- Pensions alimentaires versées.

Renouvellement annuel des droits

La CAMIEG est informée par la DGFIP (Direction Générale Finances Publiques) 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, la CAMIEG vous informera dès l'automne afin de vous permettre de vérifier les revenus qui vous ont été définis. Si ce montant s'avère exact, la souscription à une mutuelle sera nécessaire dès le 1^{er} janvier suivant.

Si vous contestez ce montant, vous pourrez demander la révision de votre situation auprès de la Commission Recours Amiable (CRA).

Attention : Si votre contestation ne peut être étudiée par la CRA avant le 31 décembre de l'année en cours, vos droits ne sont pas prolongés **dans l'attente de la décision.**

N'hésitez pas à vous reporter sur la page :

https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Espace_Assur%C3%A9s/droitsetdemarches/Justifierdesressources/RC-Calcul-des-ressources-JUR-2020-11.pdf

Enfant étudiant

Études effectuées en France

L'étudiant jusqu'à ses 24 ans est couvert par la CAMIEG pour la part régime obligatoire et régime complémentaire. Il n'a pas à souscrire de mutuelle étudiante.

À partir de 24 ans, l'étudiant doit se faire connaître de la CPAM du lieu de domicile pour la part régime obligatoire. Il peut, jusqu'à ses 26 ans, bénéficier de la couverture CAMIEG régime complémentaire seul à condition de ne pas avoir déclaré lors de l'année N - 2 des revenus supérieurs à 1 560 fois le taux horaire SMIC (pour droits 2021, le plafond de ressources perçues en 2019 est de 15 647 €). Il n'a pas à souscrire de mutuelle étudiante.

L'établissement scolaire doit s'assurer de la couverture santé de ses étudiants. Pour les étudiants couverts par la CAMIEG que ce soit pour les deux parts ou la part complémentaire seule, il est nécessaire d'adresser

une attestation CAMIEG au nom de l'étudiant (disponible sur l'espace Ameli ou sur demande auprès de la CAMIEG). **L'économie faite grâce à la possibilité d'être couvert par la CAMIEG et de ne pas devoir souscrire de mutuelle étudiante n'est pas négligeable.**

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.

Dans un pays de l'Union européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège ou en Suisse :

Avant le départ, faites la demande de la Carte Européenne d'Assurance Maladie au nom de l'étudiant (CEAM valable deux

ans, demande pouvant être effectuée *via* compte Ameli ou par téléphone auprès de la CAMIEG pour les étudiants jusqu'à 24 ans, et auprès de la CPAM pour les étudiants de 24 à 26 ans).

La CEAM permet à l'étudiant de bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux sur place dans les mêmes conditions que le pays de séjour.

En cas de soins médicaux et sur présentation de la CEAM, deux situations peuvent se présenter :

- Aucune avance des frais médicaux n'est demandée.
- L'avance des frais médicaux est exigée, l'étudiant peut se faire rembourser directement par l'organisme de Sécurité sociale du lieu de séjour.

En cas d'oubli de présentation de la CEAM, règlement des frais médicaux sans demande de remboursement dans le pays de séjour ou soins effectués dans le privé, vous pourrez être remboursé par la CAMIEG sur présentation des factures acquittées, prescrip-



tions et de la déclaration de soins reçus à l'étranger datée et signée.

Le formulaire « soins reçus à l'étranger » (<https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/221/s3125.pdf>) vous laisse le choix d'être remboursé, dans la limite des dépenses engagées, sur la base des tarifs en vigueur du lieu de séjour ou d'être remboursé selon la législation française.

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.

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

Dans un pays en dehors de l'Union européenne

Hormis le Québec et l'Andorre qui sont deux pays ayant 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 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.

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

Étudiant de moins de 24 ans à la date du départ

Études au Québec

Échange universitaire

Avant le départ, demandez auprès de la CAMIEG le document « Attestation d'affiliation à leur régime de Sécurité sociale des participants aux échanges entre établissements d'en-



seignement supérieur ». Ce document est à remplir par l'université française.

Votre enfant n'a pas d'obligation d'adhérer au régime étudiant de Sécurité sociale du Québec.

Dès l'arrivée au Québec, l'étudiant doit s'inscrire auprès de la RAMQ (Régie de l'Assurance Maladie du Québec)*.

Dès validation du dossier par la RAMQ, l'étudiant pourra avoir accès aux soins de santé et n'aura aucune demande de remboursement à envoyer en France. Le risque Accident du Travail et Maladie Professionnel est couvert également.

Inscription dans une université québécoise :

Avant le départ, demandez à la CAMIEG le formulaire « Attestation d'appartenance à un régime français préalablement au départ pour le Québec ». Votre enfant n'a pas besoin d'adhérer au régime étudiant de Sécurité sociale du Québec.

Dès son arrivée au Québec, l'étudiant s'inscrira auprès de la RAMQ en fournissant :

- Son attestation d'appartenance à un régime français complété.
- Son certificat d'acceptation pour études, délivré par le ministère québécois des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration
- Sa pièce d'identité française.

- Son attestation d'inscription dans une université québécoise.

Études en Andorre

Afin de bénéficier de la prise en charge des soins médicaux durant la durée des études, il est nécessaire avant le départ de demander à la CAMIEG le formulaire : « Attestation de droits aux prestations en nature de l'assurance maladie, maternité pendant un séjour sur le territoire de l'autre État contractant ». Les membres de la famille accompagnant l'étudiant peuvent bénéficier des soins médicaux lors de leur séjour.

Ce formulaire sera à présenter à la Caisse Andorranne de Sécurité sociale afin de pouvoir valider la prise en charge des soins durant le séjour.

Étudiant de plus de 24 ans à la date du départ

Les documents à fournir pour le Québec, que ce soit pour l'échange universitaire ou étudiant inscrit dans une université québécoise, sont à demander à la caisse gérant son régime obligatoire (CPAM).

Les documents pour les études en Andorre sont également à demander auprès de la CPAM.

*Les documents à fournir sont disponibles sur :

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/inscrire/r4-q1r1d>

Enfant en apprentissage ou contrat de professionnalisation

Quel que soit le type de contrat, l'enfant est désormais salarié d'une entreprise.

Son nouveau statut l'oblige à être affilié au Régime Général qui lui permettra d'être indemnisé en cas d'arrêt de travail (indemnités journalières), accident de travail, maladie professionnelle...

Pour se faire connaître du régime général, complétez le document « demande de prise en charge des frais de santé à titre personnel » : https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/64867/s1110_nouveau_cnam_puma_perso_remp.pdf. Celui-ci sera à adresser à la CPAM du lieu de domicile.

Il peut continuer à être couvert pour la part régime complémentaire de la CAMIEG, sous conditions de ressources*, jusqu'à ses 26 ans. Remplis-

sez l'imprimé « demande de rattachement des membres de la famille au régime complémentaire » (https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/Demande-rattachement-pour-la-part-complementaire-seule-GED.pdf). Accompagné des pièces justificatives, il sera à envoyer à la CAMIEG.

Conseil FO : À la signature du contrat, son employeur lui soumettra l'adhésion à la couverture collective obligatoire de l'entreprise. Cette adhésion n'est pas obligatoire. L'apprenti doit faire une demande de dispense manuscrite en y joignant une attestation CAMIEG faisant apparaître ses droits.

Les démarches peuvent prendre du temps (affiliation à la CPAM puis affiliation en régime complé-

mentaire seul CAMIEG). Si des soins sont nécessaires durant cette période, la délivrance de feuilles de soins papiers est nécessaire. Elles seront à adresser, dès que le dossier sera validé de la CPAM et de la CAMIEG, en premier lieu à la CPAM pour remboursement de la part régime obligatoire, la CAMIEG interviendra ensuite pour règlement de la part complémentaire.

Dès lors que le dossier est validé par la CPAM et la CAMIEG, il est nécessaire de faire une mise à jour de sa carte vitale.

Vérifiez également que votre enfant est toujours reconnu bénéficiant de votre contrat CSM (obligatoire pour les actifs).

* : 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 (pour droits 2021, le plafond de ressources perçues en 2019 est de 15 647 €).





Modifications administratives, modifications situation familiale

Modification coordonnées bancaires

La modification peut être faite par courrier en transmettant à la CAMIEG votre nouveau RIB en n'oubliant pas de reporter votre numéro de Sécurité sociale.

La modification peut être faite directement par internet selon votre situation :

- *Assuré pour les deux parts auprès de la CAMIEG (régime obligatoire et complémentaire) : La modification peut être faite directement via votre compte Ameli.*
- *Assuré pour la part complémentaire seule auprès de la CAMIEG :*

La modification peut être faite via « Mon espace complémentaire CAMIEG ».

Changement d'adresse

Que vous déménagiez sur territoire français ou à l'étranger, vous pouvez informer la CAMIEG par différents canaux :

- *Votre compte Ameli (uniquement pour les assurés couverts pour la part régime obligatoire et complémentaire par la CAMIEG)*
- *« Mon espace complémentaire CAMIEG » (uniquement pour les assurés couverts pour la part régime complémentaire seul CAMIEG).*

- *Le site [service-public.fr](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R11193) <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R11193>.*

- *Les agents de la CAMIEG lors des permanences physiques sur sites ou dans les antennes régionales.*

- *Par téléphone à la CAMIEG au 08 06 06 93 00.*

N'oubliez pas de faire la déclaration de changement d'adresse également auprès de votre contrat CSM (obligatoire pour les actifs). Celle-ci peut se faire directement par internet que ce soit sur le site Energie Mutuelle « nous contacter » ou via votre espace adhérent.

Arrivée d'un enfant (naissance ou adoption)

Reportez-vous au chapitre du livret « affiliation des enfants ».

Mariage

Si vous souhaitez modifier votre nom d'usage, vous remplirez le document « demande expresse utilisation nom d'usage » : (https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/Demande_express_utilisation_nom_usage_S9104.pdf). La CAMIEG, à réception du document et des pièces justificatives, vous enverra le formulaire pré-rempli

« ma nouvelle carte vitale ». La liste des pièces justificatives ainsi que la procédure d'envoi de l'imprimé vous seront indiquées.

Divorce/Séparation/ Rupture de PACS

Adressez à la CAMIEG les documents suivants selon votre situation :

- Divorce : Copie de la transcription du jugement de divorce ou l'acte de mariage stipulant en marge la mention de divorce.
- Séparation de droit ou de fait : l'ordonnance du certificat de non-conciliation ou une déclaration sur l'honneur stipulant la séparation.

- Rupture du PACS : copie de la décision de dissolution du PACS.

Décès

- De l'ouvrant droit part régime obligatoire et complémentaire CAMIEG : La CAMIEG est avertie directement par la mairie de la commune dans laquelle s'est produit le décès de l'assuré. Si le décès est intervenu à l'étranger, adressez à la CAMIEG l'acte de décès.
- De l'ouvrant droit part régime complémentaire seul (SICAE, optant RC seul CAMIEG...) : Adressez à la CAMIEG l'acte de décès.
- De l'ayant droit : Adressez à la CAMIEG l'acte de décès.

Les droits CAMIEG pour l'ayant droit couvert par la CAMIEG pour la part régime obligatoire et complémentaire sont maintenus pendant un an après la date du décès de l'ouvrant droit.

Les droits CAMIEG pour l'ayant droit régime complémentaire seul CAMIEG sont maintenus jusqu'au 31 décembre de l'année du décès de l'ouvrant droit.

Suite aux décès de l'ouvrant droit, les ayants droit peuvent percevoir une pension de la CNIEG (de réversion ou d'orphelin). La CNIEG informe directement la CAMIEG qui vous informera de la continuité de vos droits concernant la CAMIEG. Celle-ci vous indiquera les démarches à effectuer selon votre situation.

Rapprochez-vous de la CAMIEG afin de connaître les modalités concernant les remboursements en attente pour des soins délivrés à la personne défunte.

Dans le cas du décès d'un membre de la famille (conjoint, partenaire PACS, concubin, enfants jusqu'à 26 ans ou atteints d'un handicap), l'ouvrant droit peut faire la demande auprès de la CAMIEG de l'allocation de participation aux frais d'obsèques (636 € en 2021). Remplissez et retournez, accompagné des pièces justificatives, le formulaire « Allocation décès » : (https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/Allocation-deces-GED.pdf).

Modification de situation professionnelle

(concerne uniquement l'ouvrant droit CAMIEG)

Changement d'employeur à l'interne des IEG

Vous n'avez aucune démarche à effectuer, la continuité de vos droits est établie.

Vous effectuez en complément une activité ne dépendant pas des IEG

Dans le cadre de plusieurs activités relevant de régimes maladies différents, sans action de votre part, vous êtes couvert par le premier régime auquel vous avez été rattaché. Néanmoins, vous pouvez faire la demande de modification de celui-ci en complétant le formulaire « Droit d'option auprès du régime compétent pour prendre en charge les frais de santé des assurés polyactifs ou polypensionnés » : (https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/FORM-Assures-polyactifs.pdf).

Vous trouverez au verso de ce formulaire les possibilités d'options. Compte tenu de la législation complexe sur ce domaine, n'hésitez pas à solliciter la CAMIEG pour tous compléments d'information.

Vous êtes mis à disposition d'un employeur français hors de la branche des IEG et rémunération par celui-ci

L'employeur hors branche IEG doit s'assurer de votre affiliation au régime maladie dont dépend son activité.

Activité professionnelle à l'étranger

● Salarié détaché à l'étranger

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

Avant votre départ, l'employeur doit demander l'autorisation de détachement (à la CPAM du siège de l'entreprise 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 désir ou non de bénéficier de la couverture complémentaire CAMIEG.

N'oubliez pas de faire la demande de Carte Européenne Assurance Maladie (CEAM) pour chaque membre de votre famille.

Pour vos remboursements, vous aurez le choix de vous faire rembourser directement par l'organisme de Sécurité sociale dans lequel vous travaillez ou par la CAMIEG en lui faisant parvenir le formulaire « soins reçus à l'étranger » par les travailleurs salariés détachés » https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/Ameli-soins-etranger-salarie-S3124.pdf. 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. Si vous avez opté pour conserver la CAMIEG, vous devrez adresser le formulaire le formulaire « soins reçus à l'étranger par les travailleurs salariés détachés » https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/amelio-soins-etranger-salarie-S3124.pdf. 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.

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

– Salarié expatrié

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).

Salarié IEG en France habitant à l'étranger

Domicile établi dans un pays de l'UE/EEE ou en Suisse.

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

Retraité résident à l'étranger

◆ En Europe

La CNIEG vous délivrera le formulaire S1 (afin de vous faire connaître de l'institution d'Assurance Maladie de votre futur lieu de résidence) 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. La CAMIEG n'interviendra pas en complément de cette prise en charge.

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

Les conventions étant différentes d'un pays à l'autre, renseignez-vous auprès de celui-ci.

◆ Pays hors Europe et non conventionné

Renseignez-vous auprès 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 vos séjours en France, vous continuerez à bénéficier de la CAMIEG. Vous n'utiliserez votre carte vitale que si vous avez adhéré à la Caisse des Français à l'Étranger.

Pour les feuilles de soins, si vous avez opté pour la Caisse des Français à l'Étranger vous les adresserez à la CPAM d'Indre et Loire, si vous n'êtes pas affilié à la Caisse des Français à l'Étranger, vous les adresserez à la CAMIEG.

Départ à la retraite

La couverture CAMIEG, **sous réserve de 15 ans de service** dans les entreprises des IEG, reste obligatoire lors de votre départ à la retraite.

Les conditions de prise en charge de vos ayants droit ne sont pas modifiées.

À la date effective de mise en retraite, vous perdez le bénéfice de la Couverture Supplémentaire Maladie obligatoire lorsque vous étiez en activité.

Plusieurs choix s'offrent à vous :

- Adhérer à la Couverture Supplémentaire Maladie Loi ÉVIN.
- Adhérer à la Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités (CSMR).
- Adhérer à une sur-complémentaire autre que les garanties CSMR ou CSM Loi ÉVIN.
- Ne plus adhérer à une sur-complémentaire.

Couverture Supplémentaire Maladie Loi ÉVIN

Lors de votre départ en retraite, vous pouvez demander le maintien de votre adhésion à la CSM à titre facultatif (Loi ÉVIN – Article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989).

Vous avez un délai de 6 mois à compter de la date de départ de votre retraite pour demander cette adhésion.

Passé ce délai, vous ne pourrez plus prétendre à la CSM Loi ÉVIN.

Prestations

La grille des prestations reste la même que celle de votre contrat CSM Actifs à la date de votre départ en retraite. Celle-ci peut, en

cas de modification de la législation Sécurité sociale ou de la grille de remboursements CAMIEG, être modifiée.

Cotisations

Votre cotisation est définie sur le taux de cotisation « isolé » dont s'acquitte le personnel en activité. Les employeurs ne cofinçant plus celle-ci pour vous, vous devrez vous acquitter de la cotisation globale.

Ce taux global peut être amené à évoluer dans le cas de modification des taux pour le contrat du personnel en activité.

Le contrat CSM Évin est encadré les trois premières années. Vos cotisations seront pour la première année : 100 % de la cotisation globale appliquée aux actifs, la deuxième année : 125 % et la troisième année : 150 %.

Votre cotisation est prélevée chaque mois. Celle-ci est calculée sur la moyenne mensuelle de vos salaires sur la dernière année avant votre retraite. Ce montant de salaire moyen comprend le 13^e mois mais exclut les primes, heures supplémentaires, indemnité compensatrice congés payés, notes de frais... Il est plafonné à la valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, revalorisé chaque année (en 2021 : 3 428 €).

Conseil FO :

- **Renseignez-vous 6 mois avant votre départ si vous souhaitez une couverture maladie complémentaire de vos remboursements CAMIEG.**

Une cotisation mensuelle supplémentaire d'un montant de 0,90 % du PMSS permet que vos ayants droit reconnus CAMIEG puissent être couverts.

Adhésion

Afin de ne pas avoir de rupture de couverture, vous pouvez faire le nécessaire dès que vous avez la confirmation de votre départ en retraite.

Votre adhésion peut être faite jusqu'à 6 mois après votre départ à la retraite.

Votre adhésion peut-être demandée à tout moment dans ce délai et prend effet le 1^{er} du mois en cours de la demande. Si vous effectuez la demande après votre départ à la retraite (dans le délai des 6 mois), Vous pouvez demander la rétroactivité de celui-ci à la date de départ de votre retraite.

Dans les documents demandés lors de votre adhésion, une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois avant votre départ à la retraite est à télécharger et à faire remplir par votre service Ressources Humaines.

Votre demande d'adhésion peut être faite en ligne sur le site d'Énergie Mutuelle : <https://www.energiemutuelle.fr/mutiegA/souscrire-evn>

Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités (CSMR)

Vous pouvez adhérer au contrat CSMR proposé par la CCAS. Le gestionnaire de ce contrat est Solimut.

Prestations

Vous pouvez retrouver la grille actuelle lors de votre départ à la retraite à l'adresse : <https://www.solimut-mutuelle.fr/particulier/sante/csmr>

Cotisations

Les activités sociales participent à celles-ci. Vos cotisations dépendent de l'option choisie (isolée ou famille), de votre coefficient social ainsi que des différents contrats que vous avez auprès de la CCAS.

Les personnes de votre famille pouvant bénéficier de la couverture CSMR doivent être affiliées à la CAMIEG.

Des réductions supplémentaires peuvent vous être appliquées dans le cadre de vos contrats IDCP, obsèques, dépendance. Ces réductions supplémentaires sont fiscalisées.

Les montants des cotisations sont décidés annuellement par le conseil d'administration de la CCAS.

Vous pouvez accéder au simulateur de cotisations CSMR à l'adresse suivante : <https://www.solimut-mutuelle.fr/particulier/sante/cmsr/simulateur-cotisation>



Adhésion

Afin de ne pas avoir de rupture de couverture, vous pouvez faire 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.

Votre adhésion prend effet le 1^{er} du mois en cours si bulletin d'adhésion réceptionné avant le 10 du mois, après le 10, votre adhésion prendra effet le 1^{er} du mois suivant.

Vous pouvez télécharger la brochure comportant le bulletin d'adhésion et la liste des pièces justificatives demandées en bas de la page du simulateur montant cotisation : <https://www.solimut-mutuelle.fr/particulier/sante/cmsr/simulateur-cotisation>.

Sur-complémentaire autre que les garanties CSMR ou CSM Loi ÉVIN

Vous avez toute liberté de rechercher et d'adhérer à une CSM autre. Trois statuts existent concernant ces contrats : Mutuelles (aucun questionnaire de santé, à but non lucratif), Mutuelles d'assurance (questionnaire de santé, à but non lucratif) et assurances santé (questionnaire de santé, but lucratif).

Ne plus adhérer à une sur-complémentaire

Ce choix vous appartient mais nous tenons à vous sensibiliser sur le fait que les remboursements CAMIEG sont calés sur les remboursements effectués par le Régime Général. Hormis les prestations layette, lentilles non remboursées par la Sécurité sociale et participation aux frais d'obsèques d'un de vos ayant droit, la CAMIEG ne rembourse aucun frais de santé qui n'est pas déjà en partie pris en charge par le Régime Général.



Comprendre un tableau de garanties

% de la Base de Remboursement (BR)

Chaque acte médical est rattaché à un code CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). Les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aides à la vie sont eux référencés dans la Liste des Produits et Prestations (LPP). Vous serez remboursé par la CAMIEG si l'acte ou dispositif dont vous bénéficiez y est référencé.

Le professionnel de santé est informé de cette obligation et connaît la BR des actes et dispositifs qu'il effectue quotidiennement et peut donc vous renseigner sur la prise en charge ou non par la CAMIEG.

Les pourcentages exprimés sur le tableau de garanties sont ceux effectués sur le montant de la BR fixé par l'Assurance Maladie (ex. : si CCAM BR : 12 €, remboursement Part de base 30 % soit 3,60 €, remboursement Part Complémentaire 50 % soit 6 €). Les remboursements étant faits dans la limite des frais engagés.

Ticket modérateur

Il correspond à votre reste à charge après rembourse-

ment de la part régime obligatoire. Celui-ci peut être pris en charge par la part complémentaire CAMIEG, votre sur-complémentaire peut également compléter ces remboursements.

Certaines situations permettent une prise en charge intégrale par le régime obligatoire (ex. : ALD, grossesse à partir du 6^e mois de grossesse, contraception pour mineures d'au moins 15 ans...).

Parcours de soins coordonnés

Il correspond au fait que vous consultez un spécialiste sur recommandation de votre médecin traitant que vous avez déclaré. Dans le cas du non-respect de ce circuit, le remboursement de votre consultation spécialiste sera minoré.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés. Certaines consultations (pédiatre, dentiste, stomatologue, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre pour les moins de 25 ans) ou situations (ALD, suivi dans le cadre d'une maladie chronique) ne sont pas assujetties au parcours de soins.

L'Option Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO)

Cette notion sera notifiée sur votre contrat sur-complémentaire (ex : CSM obligatoire pour les actifs). Elle concerne les chirurgiens ou les gynécologues obstétriciens. Le remboursement d'un reste à charge après intervention de la CAMIEG concernant des dépassements d'honoraires **ne sera pas pris en charge** si le professionnel de santé que vous avez choisi n'est pas conventionné OPTAM/OPTAM-CO. Par cette convention, il s'engage dans le cas de facturation de dépassements d'honoraires à le faire avec tact et mesure.

⚠ : Tout dépassement d'honoraire doit faire office d'un devis. Il est indispensable que vous adressiez celui-ci à votre sur-complémentaire 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.

Rendez-vous sur :

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

Comment être remboursé de ses frais médicaux

Vous pouvez bénéficier du **Tiers Payant**. Celui-ci peut être effectué sur les prises en charge dans le cadre du régime obligatoire seul ou pour les deux parts régime obligatoire et complémentaire CAMIEG.

Hormis certains soins délivrés (dans le cadre de la maternité, d'une Affection Longue Durée, soins Accidents du Travail et Maladie Professionnelle) pour lesquels le Tiers Payant est généralisé, la mise en place ou non du Tiers Payant est le choix du professionnel de santé.

⚠ : le professionnel de santé vous fait part de ne pas souhai-ter vous faire bénéficier du Tiers Payant en vous exposant des problèmes de remboursement avec la CAMIEG, il s'agit très probablement d'un souci informatique qui peut être rétabli très rapidement. N'hésitez pas à en faire part à un représentant FO.

La carte vitale : la télé-transmission des demandes de remboursement vous permet d'être remboursé rapidement.

La feuille de soins : Dans le cadre de remboursements concernant une maladie, vous pouvez vous faire rembourser

jusqu'à la fin du trimestre civil de la deuxième année suivant la date des soins.

Factures : assurez-vous avant envoi à la CAMIEG que les soins facturés peuvent être pris en charge partiellement ou intégralement par celle-ci. Certains soins ne sont pas pris en charge par la CAMIEG, par contre, 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 sur-complémentaire (CSM gérée par Énergie Mutuelle obligatoire pour les actifs).

Particularité du forfait annuel pour le remboursement des lentilles refusées par la Sécurité sociale : ce forfait vous est octroyé par la CAMIEG pour l'année civile (2021 : Adulte 92,30 €/Enfant 151,20 €).

Dès lors que votre forfait CAMIEG n'est pas totalement utilisé, les factures sont à adresser à la CAMIEG. Celle-ci transmettra en cas de besoin de complément de remboursement automatiquement à votre sur-complémentaire maladie (ex. : CSM obligatoire pour les actifs). À compter

du moment où vous avez utilisé l'intégralité de votre forfait CAMIEG, les factures suivantes sont à adresser uniquement à votre sur-complémentaire maladie.

Conseils FO :

● 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.

Signez la feuille de soins avant de l'adresser à la CAMIEG et vérifiez que les renseignements vous concernant soient notifiés et exacts.

Conservez une copie de vos feuilles de soins et des pièces complémentaires jusqu'au remboursement total CAMIEG + Couverture Supplémentaire Maladie.

● Vérifiez que sur vos relevés de remboursements CAMIEG est bien notifié « ces informations sont transmises à votre organisme complémentaire ». Si ce n'est pas le cas, envoyez ces décomptes à votre sur-complémentaire.

Les relevés de remboursements

Si vous avez créé votre compte Ameli, vous êtes informé en temps réel de vos remboursements de soins.

La CAMIEG vous adresse les relevés de remboursements sous format papier. La fréquence d'envoi des décomptes dépend des montants engagés :

- En cas d'avance de plus de 200 €, le décompte vous parviendra sous 8 jours. En deçà de 200 €, il vous est adressé sous un mois.
- Vous avez bénéficié du tiers payant régime obligatoire et complémentaire : le décompte vous est adressé sous quatre mois.

Retenues sur les remboursements (ne concernent pas les enfants mineurs*)

- *Participation forfaitaire de 1 €*
Elle s'applique :
 - pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste ;

- lors des examens de radiologie ;
- lors des analyses de biologie médicale.

Elle est limitée à 4 € par jour par professionnel de santé. Annuellement, ces participations forfaitaires de 1 € sont plafonnées à 50 € par année civile et par personne.

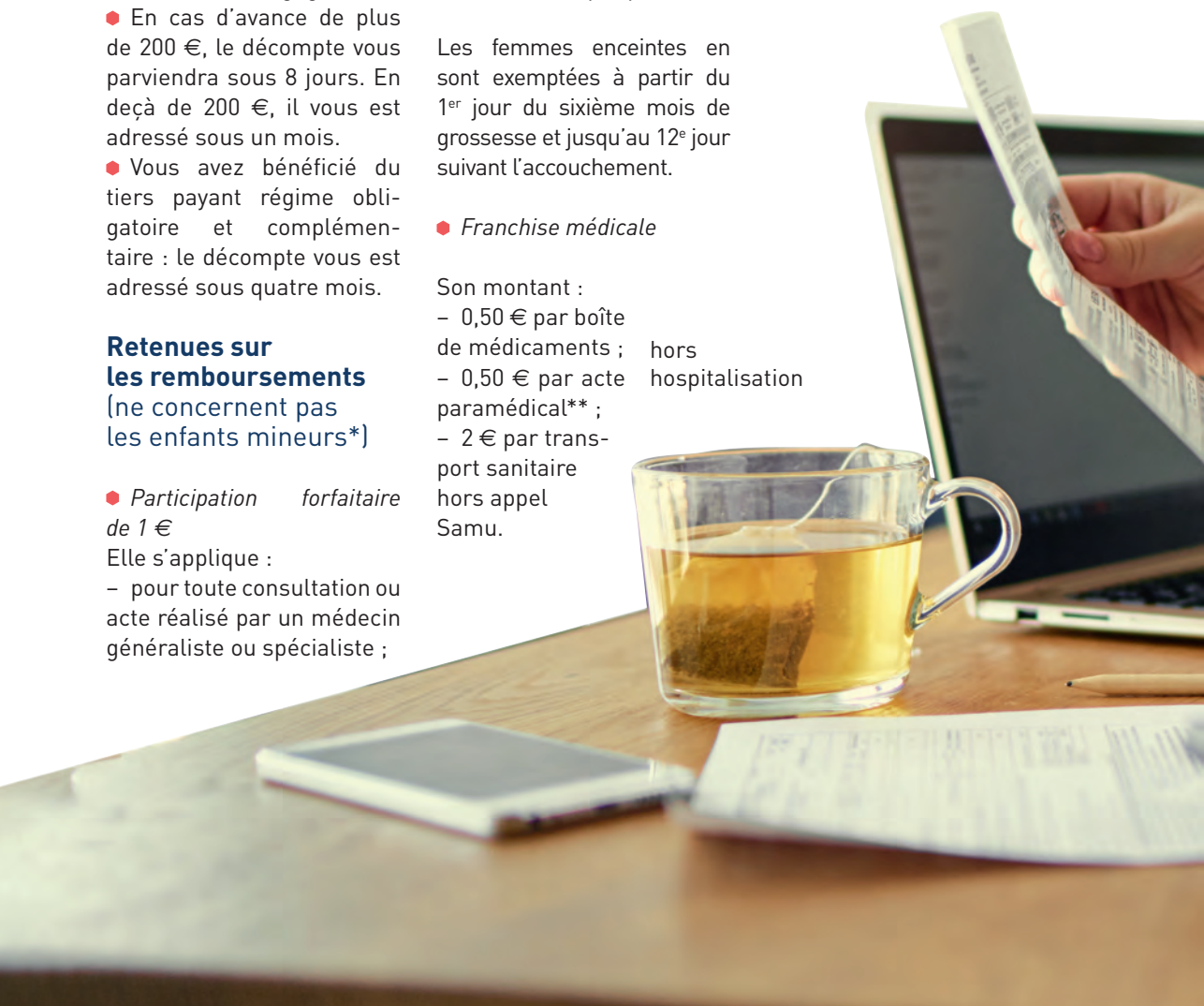
Les femmes enceintes en sont exemptées à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant l'accouchement.

● *Franchise médicale*

- Son montant :
- 0,50 € par boîte de médicaments ; hors hospitalisation
 - 0,50 € par acte paramédical** ;
 - 2 € par transport sanitaire hors appel Samu.

- Un plafond journalier pour :
- les actes paramédicaux : 2 € ;
 - les transports sanitaires : 4 €.

La franchise médicale est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.



Comment sont effectuées les retenues sur remboursements ?

Les participations forfaitaires 1 € et franchises médicales peuvent être retenues *a posteriori* lorsque vous avez bénéficié du tiers payant et seront déduites sur vos prochains remboursements. Le remboursement d'un acte avancé peut être considérablement réduit par des retenues sur des actes antérieurs. Si vous n'avancez jamais les frais de santé et n'avez donc pas de remboursement direct, la CAMIEG vous enverra un avis de sommes à payer qui peuvent être réclamées jusqu'à 5 ans après l'acte médical.

Vous pouvez suivre le détail des retenues faites annuellement sur votre compte Ameli.

● *Franchise sur les actes supérieurs à 120 €*

Ce forfait d'un montant de 24 € vous est facturé et reste à votre charge pour tous les actes médicaux d'un montant supérieur à 120 €, ou selon le coefficient de l'acte. Il est intégralement remboursé par la CAMIEG.

Certains actes (ex. : frais transport d'urgence) et situations (ex. : femme enceinte) en sont exemptés.

* : Si majeur durant l'année civile, les retenues sur remboursements seront effectives au 1^{er} janvier de l'année suivante.

** : Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues.

Accord préalable

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

- Traitements d'orthopédie dento-faciale.
- Actes de masso-kinésithérapie.
- Examens et analyses de laboratoire.
- Médicaments hypocholestérolémiants.
- Appareillages médicaux.
- Transports de longue distance...

En cas de nécessité, votre médecin doit vous informer et effectuer une demande d'accord préalable.

Les professionnels, ou leur secrétariat ont le devoir de vous accompagner dans les démarches administratives.

L'accord préalable est validé par un médecin conseil de l'Assurance Maladie (la CAMIEG n'ayant pas de service médical). Celui-ci est rattaché à une CPAM. Votre demande d'accord préalable doit être adressée au médecin ou dentiste Conseil de l'échelon local de la CPAM de votre lieu de domicile.

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.

Notion d'urgence : Le délai des 15 jours ne peut être respecté, les soins doivent être mis en place rapidement : le médecin ou le professionnel de santé dispense l'acte. Il doit toutefois établir une demande d'accord préalable en y indiquant la mention « Acte d'urgence ».

Les Actes de masso-kinésithérapie

Quatorze situations nécessitant une rééducation sont plafonnées à un seuil de séances de rééducation prises en charge sans besoin d'accord préalable. Au-delà du seuil, il est nécessaire pour poursuivre le traitement d'effectuer une demande d'accord préalable.

Votre masseur-kinésithérapeute se doit de vous en informer

Médicaments hypolipémiants

Depuis le 15 décembre 2020, certains médicaments hypolipémiants (ex. : evolocumab, alirocumab) sont assujettis à demande d'entente préalable auprès de l'Assurance Maladie.

Prescription de plus d'un mois de traitement en raison d'un séjour à l'étranger

Vous partez à l'étranger pour plus d'un mois et votre médecin n'est pas certain que votre traitement soit accessible dans le pays de votre destination ⇒ vous avez des démarches à effectuer au moins un mois avant votre départ.

Conseil FO :

- 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.

Votre médecin vous adressera une prescription faisant apparaître son accord sur la délivrance du traitement en une seule fois en raison de votre départ à l'étranger.

Vous adresserez cette prescription, à l'échelon local de la CPAM de votre lieu de domicile, accompagnée de la « demande de dérogation pour délivrance des médicaments pour séjour à l'étranger d'une durée supérieure à un mois » :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Annexe_3_-_Demande_de_derogation_pour_delivrance_de_medicaments_pour_sejour_a_l_etrange....pdf

La CAMIEG vous informera de l'acceptation ou non par la CPAM de cette dérogation.

Sur présentation de l'accord de la CAMIEG, le pharmacien pourra vous délivrer la prescription, celle-ci ne pouvant excéder 6 mois.

Conservez votre prescription lors de votre séjour et gardez vos médicaments dans leur emballage d'origine afin d'éviter toute ambiguïté lors de votre passage en douane.

Conseil FO :

● Une non-réponse du Service médical n'équivaut pas systématiquement à une acceptation de votre accord préalable. Gardez une copie de votre demande d'accord préalable et adressez votre demande d'accord préalable en recommandé avec AR au Service médical de la CPAM. Ainsi vous pourrez justifier votre envoi et vous obtiendrez le remboursement de vos soins.

Actes de **masso-kinésithérapie**
Médicaments **hypocholestérolémiants**
Examens et analyses de laboratoire
ACCORD PRÉALABLE
Appareillages médicaux
Transports de longue distance
Traitements d'orthopédie dento-faciale

Les adresses des échelons locaux CPAM sont consultables :
https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Espace_Assur%C3%A9s/Service_m%C3%A9dical/ELSM_FichierAssur%C3%A9s.pdf

Affection Longue Durée (ALD)

Vous êtes atteint d'une ALD dite exonérante, qui réclame un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois). Exemples : diabète, épilepsie, cancer, asthme...

Votre médecin traitant doit établir une demande de prise en charge à 100 % pour les traitements et soins liés à votre maladie.

Le protocole de soins

Le protocole de soins est établi par votre médecin traitant et détaille les soins et traitements que vous devez suivre dans le cadre de votre ALD ainsi que les spécialistes que vous pouvez consulter directement.

Ce protocole de soins est à envoyer, pour demande d'accord, à la CPAM

de votre lieu de domicile en y notifiant « ASSURE CAMIEG ».

Dès lors que la CPAM aura validé votre demande, elle en informera la CAMIEG ainsi que votre médecin traitant. La CAMIEG vous enverra la notification de prise en charge.

⚠ : N'oubliez pas de faire une mise à jour de votre carte vitale. Votre prise en charge à 100 % est limitée dans le temps. Si votre médecin traitant ne vous a pas alerté sur la fin proche de celle-ci, sollicitez-le afin de renouveler la demande.

Les remboursements

Le médecin utilisera une ordonnance bizona qui lui permettra de vous prescrire les soins et médicaments

nécessaires dans le cadre de votre ALD remboursés à 100 % dans la partie haute et les autres soins et médicaments dans la partie basse qui vous seront remboursés aux taux habituels.

Ne peuvent être pris en charge dans le cadre de la prise en charge 100 % :

- ◆ Les retenues sur remboursement (cf. les relevés de remboursement).
- ◆ Les soins et prestations non remboursables par le régime obligatoire.



Prise en charge des médicaments

Non visibles sur les conditionnements des médicaments, les vignettes continuent d'exister :

- Vignettes blanches barrées : médicaments coûteux.
- Vignettes blanches : médicaments à service médical rendu majeur ou important.
- Vignettes bleues : médicaments à service médical rendu modéré.
- Vignettes oranges : médicaments à service médical faible.

La CAMIEG rembourse à 100 % les médicaments quelle que soit la classification du médicament.

Cette information est contenue dans votre carte vitale.

Conditionnement des boîtes de médicament

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

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

Depuis le 1^{er} janvier 2020, vous ne pouvez bénéficier du médicament dit « original » en lieu et place du médicament générique existant uniquement lorsque votre médecin notifie sur l'ordonnance la notion de « non substituable ». Il peut faire apparaître cette notion dans 3 situations médicales référencées par des codes :

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

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

Le remboursement :

- vous acceptez le médicament générique ou votre médecin a notifié « non substituable » avec la justification médicale → aucune avance des frais, aucun reste à charge ;
- vous refusez le médicament générique et le pharmacien vous délivre le médicament original → vous ne bénéficierez pas du Tiers Payant, vous avancerez les frais et le pharmacien vous délivrera une feuille de soins à adresser par voie postale à la CAMIEG. Vous serez remboursé sur la Base de Remboursement du TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) qui correspond au prix du médicament générique le plus cher du groupe générique concerné (ce montant étant toujours en dessous du montant du médicament original).

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).

Pour les traitements longs, n'hésitez pas à vous rendre sur le site : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

Pour plus de renseignements concernant la chirurgie ambulatoire, n'hésitez pas à consulter le site [hopital.fr](https://www.hopital.fr)
<https://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prises-en-charge/Chirurgie-ambulatoire>

Hospitalisation

Il existe différents types d'hospitalisation :

- L'hospitalisation complète : vous passez au moins une nuit à l'hôpital.

- L'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit : les séances de soins sont dispensées sur une ou plusieurs journées (examens, réadaptation, séances de dialyse, etc). Les séances de nuit concernent essentiellement les soins psychiatriques.

- L'hospitalisation de jour : votre prise en charge médicale ne peut être faite en consultation externe, votre admission, votre traitement et votre sortie se font le même jour.

- La chirurgie ambulatoire : Encadrée, elle peut vous être proposée.

Sauf hospitalisation d'urgence, vous avez le choix de l'établissement, qu'il soit public ou privé. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin traitant.

Dans le cas du choix d'une clinique privée, afin de limiter votre reste à charge, il est important que vous vous assuriez que celle-ci soit conventionnée par l'Assurance Maladie.

L'établissement hospitalier se doit de vous informer sur

le montant des tarifs appliqués ainsi que de la prise en charge de ceux-ci concernant la part régime obligatoire. Un devis doit vous être soumis dans le cadre des dépassements d'honoraires effectués, adressez-le auprès de votre contrat sur-complémentaire afin de connaître votre reste à charge.

L'établissement hospitalier peut vous demander, afin que vous n'avanciez pas les frais, une prise en charge hospitalière avant votre admission. Sur demande, la CAMIEG vous adressera celle-ci.

Dès votre entrée dans l'établissement de soins présentez :

- La carte vitale.

- L'attestation CAMIEG (assurés part complémentaire seule).

- Votre carte de Couverture Supplémentaire Maladie (CSM).

En Tiers Payant intégral, la CAMIEG rembourse directement les hôpitaux et les cliniques.

Si vous avez réglé la facture, adressez impérativement tous les documents remis à

la sortie, soit à la CAMIEG si vous êtes couvert régime obligatoire et complémentaire par celle-ci, soit à l'organisme dont vous dépendez pour la part obligatoire (CPAM...) si vous êtes reconnu par la CAMIEG uniquement pour la part complémentaire.

Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à hauteur de 100 %, les honoraires à hauteur de 300 % par la CAMIEG.

Ne sont pas pris en charge :

- Le forfait journalier (20 €/jour en hôpital ou en clinique, 15 €/jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé).

- Les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans, la chambre particulière.

Ces frais non pris en charge peuvent l'être dans le cadre de votre contrat sur-complémentaire (ex. : CSM obligatoire pour les actifs).



À compter du 1^{er} septembre 2021 est instauré un Forfait Patient Urgences (18 euros) qui sera facturé en cas de passage aux urgences hospitalières non suivi d'une hospitalisation. Montant fixé à 8 euros pour les patients en ALD et invalides de guerre. Exonération totale pour les femmes enceintes à partir du 6^e mois et les nourrissons de moins d'un mois. Ce montant sera apparemment pris en charge par les complémentaires santé.

Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile peut vous être proposée afin d'éviter ou de raccourcir votre séjour à l'hôpital. Cette solution est possible pour les enfants ainsi que les adultes.

Elle est prescrite par votre médecin traitant ou le médecin hospitalier si :

- votre zone géographique d'habitation est couverte par une structure d'hospitalisation à domicile ;
- votre logement est adapté.

Elle ne peut se faire qu'avec votre accord et/ou celui de votre famille. Elle est mise en place dans le cadre de soins ponctuels (ex. : chimiothérapie), de réadaptation (ex. : traitement orthopédique) ou palliatifs.

Un protocole de soins et d'accompagnement entre les médecins hospitaliers et libéraux qui se déplacent à votre domicile est établi.

Le programme PRADO ? (Programme Retour Au Domicile)

Le programme PRADO peut vous être proposé (uniquement les patients majeurs), dans certains établissements hospitaliers, après une hospitalisation pour une intervention en chirurgie, pour une décompensation cardiaque, pour une broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Après votre accord et celui de l'équipe médicale, un état de vos besoins en soins est établi. Vous serez contacté par un conseiller de l'Assurance Maladie afin de finaliser votre adhésion, vous lui transmettez les renseignements concernant les professionnels de santé qui vous suivent habituellement.

Quelle que soit votre situation, le conseiller de l'Assurance Maladie fait le lien entre votre médecin traitant, les professionnels de santé et l'établissement hospitalier.

Le programme PRADO peut dans le cadre de la chirurgie programmée être proposé et le dossier effectué avant l'hospitalisation. Dans les autres cas, l'établissement hospitalier sous couvert de l'accord de l'équipe médicale peut vous le proposer.

Vous pouvez y renoncer à tout moment.

Une totale confidentialité vous est assurée dans le respect du secret médical.

Le programme PRADO est pris en charge par la CAMIEG, la mise en place et le suivi est fait par l'établissement hospitalier. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de celui-ci.

Le conseiller de l'Assurance Maladie, que vous pouvez contacter via l'établissement hospitalier, peut vous proposer également pour votre retour à domicile deux forfaits soumis à condition de ressources, dans la limite de 3 mois de prise en charge :

- **Le forfait aide à domicile (20 h par mois).**
- **Le forfait portage de repas.**

N'hésitez pas à le solliciter.



Optique

Lunettes

Équipements 100 % Santé (Classe A)

Chaque opticien doit vous présenter ceux-ci et le choix vous appartient.

Vous n'avez aucun reste à charge sur ces équipements (verres et monture), sachez que vous pouvez mixer les équipements 100 % santé avec d'autres équipements (ex. : verres 100 % santé, monture tarif libre).

Sur ces équipements, aucune intervention de votre contrat sur-complémentaire.

Équipements à tarifs libres (Classe B)

Sur ces équipements, la CAMIEG prend en charge

(régime obligatoire et régime complémentaire) **un forfait par monture de 35 € pour les adultes et de 77 € pour les enfants.** La prise en charge par verres est également établie par forfaits, ceux-ci varient selon votre âge (enfants/adultes) et la correction dont vous avez besoin (simple/complexe/très complexe).

Votre équipement composé de deux verres et d'une monture peut être composé d'équipements de classe différentes (ex. : verres classe A/monture classe B).

Les contrats des sur-complémentaires (ex. : CSM obligatoire pour les actifs), hormis les contrats non responsables, sont contraints par les Pouvoirs Publics à un plafonnement pour le remboursement des montures. Ce remboursement ne doit pas être supérieur à 100 € (intervention CAMIEG comprise). Le montant au-delà de 100 € est à votre charge.

Depuis le 29 août 2019, l'opticien est dans l'obligation de vous établir un devis proposant au moins un équipement complet du 100 % santé.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès de votre sur-complémentaire qui peut vous proposer un réseau d'opticiens pouvant vous proposer des prix négociés et une non-avance des frais.

Consultez le tableau de garanties CAMIEG :

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

Lentilles

Lentilles acceptées

Pour les lentilles, le remboursement CAMIEG sera de 60 % de la Base de Remboursement pour la part Régime Obligatoire et de 645 % pour la part Régime Complémentaire.

Votre sur-complémentaire peut vous rembourser un forfait annuel.

Lentilles non acceptées par la Sécurité sociale

Un forfait annuel (année civile) vous est octroyé par la CAMIEG (151,20 € < 18 ans/ 92,30 € > 18 ans). Celui-ci peut être complété par votre contrat sur-complémentaire.

⚠ : Dès lors que votre forfait CAMIEG est utilisé intégralement, vos factures sont à adresser uniquement à votre contrat sur-complémentaire.

Prescription des équipements

Une prescription est obligatoire afin de bénéficier des remboursements de vos équipements (hors lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale).

Elle vous est délivrée par un ophtalmologiste après un examen de votre vue, néanmoins le médecin traitant

peut vous faire cette prescription. Cette possibilité est à retenir principalement dans le cadre d'un renouvellement de prescription quand vous n'avez pas de modification de votre vue, la prescription d'origine ayant une **durée de validité limitée** selon votre âge pour les **verres correcteurs** :

- 1 an pour les moins de 16 ans,
- 5 ans de 16 à 42 ans,
- 3 ans à partir de 42 ans.

Pour les lentilles :

- 1 an pour les moins de 16 ans,
- 3 ans pour les plus de 16 ans.

Délai de renouvellement pour prise en charge

Pour les enfants de moins de 6 ans, un équipement peut être pris en charge tous les 6 mois dans le cas où la monture non adaptée à l'enfant ne permet pas une efficacité optimale des verres correcteurs.

Pour les enfants de moins de 16 ans, la prise en charge est faite pour un équipement par an,

le délai peut être raccourci si modification de la vue.

À compter de 16 ans, celle-ci est amenée à 2 ans sauf modification de la vue.

Lentilles et lunettes sur internet

Le site doit comporter les éléments de la législation et réglementation françaises concernant l'optique (numéro ADELI délivré par l'Agence Régionale de la Santé...). Les prix doivent être en euros. Les opticiens en ligne ont les mêmes obligations que ceux en boutique.

La chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale

Non prise en charge par la CAMIEG, celle-ci peut être prise en charge dans le cadre de votre contrat sur-complémentaire.

Renseignez-vous.



Soins et prothèses dentaires

Consultations et soins

Ils sont pris en charge à hauteur de 70 % pour la part obligatoire et 50 % pour la part complémentaire CAMIEG. Des dépassements d'honoraires sont possibles, vous devez en être informé. Votre contrat sur-complémentaire peut, à condition que le professionnel de santé soit conventionné, les prendre en charge.

Dans les soins dentaires sont compris les soins conservateurs (ex. : traitement carie, détartrage) et les soins chirurgicaux (ex. : extraction).

Orthodontie

Enfants de moins de 16 ans :

Après accord de la CPAM de votre lieu de domicile (voir chapitre « demande d'entente préalable »), ces soins seront pris en charge à condition d'être commencés dans les 6 mois après accord et avant le 16^e anniversaire de votre enfant.

⚠ : Les soins sont accordés par semestre et ceux-ci sont limités. Une inter-

ruption des soins modifie les conditions de prise en charge, renseignez-vous.

À partir de 16 ans

Un semestre de soins uniquement peut être pris en charge par la CAMIEG après accord de la CPAM.

Votre sur-complémentaire peut vous proposer une prise en charge, renseignez-vous.

Couronnes, bridges et prothèses amovibles

Dans le cadre de la loi « 100 % santé », trois paniers ont été créés.

Les soins et équipements y sont classés selon la localisation de ou des dents concernées ainsi que des matériaux utilisés :

◆ « 100 % santé » : remboursement total par la CAMIEG.

◆ « Tarifs maîtrisés » : tarifs plafonnés et remboursements limités. Reste à charge modéré pouvant être partiellement remboursés par votre contrat sur-complémentaire.

◆ « Tarifs libres » : non plafonnés avec remboursements limités. Reste à

charge pouvant être important, partiellement couvert sous conditions par votre contrat sur-complémentaire.

Votre dentiste vous détaillera le traitement dans un devis. Il se doit, depuis le 1^{er} janvier 2020, de vous proposer dans celui-ci un plan de traitement « 100 % santé » quand celui-ci est applicable dans votre situation.

Vous restez décideur des soins qui vous seront appliqués,

le dentiste doit vous diriger vers un de ses confrères si votre choix ne lui convient pas.

N'hésitez pas à l'informer des montants remboursés par la CAMIEG et, dans le cadre de votre sur-complémentaire, d'adresser le devis avant le début des soins afin de connaître votre reste à charge.

Vous pouvez faire une demande d'aide financière en cas de besoin (cf. chapitre « aides sociales »).



Prothèses auditives

Les aides auditives sont classées en deux catégories :

- Classe 1 : permettant un reste à charge nul après intervention de la CAMIEG.
- Classe 2 : équipements à tarifs libres dont le remboursement par la CAMIEG est plafonné à 1 700 € par prothèse.

⚠ : FO a été la seule organisation syndicale à s'opposer au plafonnement des prothèses auditives dans le cadre des remboursements CAMIEG. Ce plafond est une obligation réglementaire qui ne devait être applicable que dans le cadre des contrats responsables imposables aux complémentaires santé et non à notre régime spécial de Sécurité sociale.

Prescription

Premier équipement :

Pour les patients de plus de 6 ans, celui-ci doit être prescrit par un ORL ou

médecin généraliste mais étant, sous couvert de formation spécifique, autorisé à le faire.

Pour les enfants de moins de 6 ans, cette prescription doit être faite par un ORL justifiant d'une formation complémentaire spécifique.

Renouvellement

La prise en charge peut être renouvelée tous les 4 ans (dates de facturation prises en compte).

La prescription du renouvellement peut être faite par tout médecin pour les patients de plus de 6 ans et pour les enfants de moins de 6 ans, par tout ORL.

Obligations de l'audioprothésiste

- Faire les devis sur un document officiel « devis d'appareillage auditif » fixé par le Code de la Sécurité sociale qui fait apparaître la prise en charge pour la part Régime Obligatoire.
- Proposer au moins un équipement type classe 1 prise en charge renforcée (100 % santé).
- Vous informer sur un document annexe au devis du montant des prestations de base, d'adaptation et de suivi de votre appareillage.

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.

Votre contrat sur-complémentaire peut également y participer.





Carte vitale/compte Ameli/ « Mon espace complémentaire CAMIEG »

Carte vitale

La carte vitale justifie des droits en matière de couverture santé et de leur durée de validité de son titulaire et de ses affiliés pour 12 mois.

Elle permet de réaliser une feuille de soins électronique, simplifiant et diminuant les délais de remboursement.

Elle est attribuée :

- Aux enfants atteignant 16 ans (ou 12 ans sur demande, possible uniquement par le compte Ameli du parent auquel l'enfant est rattaché principalement).
- Aux nouveaux assurés ne possédant pas de carte vitale.
- En cas de remplacement d'une carte perdue ou volée.

● En cas de modification du nom d'usage, du prénom ou du n° de Sécurité sociale de l'assuré.

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 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.

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

Conseil FO : La CAMIEG ne réceptionne pas les demandes de carte vitale. C'est un centre unique pour tous les assurés quel que soit le régime de Sécurité sociale. Ne joignez aucun autre document (feuille maladie...).

situation. Cette mise à jour peut se faire dans les pharmacies, les établissements de santé, les CPAM...

En cas de dysfonctionnement, contactez la CAMIEG.

Compte Ameli

La création de votre compte Ameli vous permet de suivre vos remboursements, d'effectuer des démarches administratives, mais également de correspondre par mail avec la CAMIEG.

Les assurés couverts pour la Part complémentaire seule bénéficient de leur propre compte Ameli.

Pour créer votre compte Ameli, rendez-vous sur le site de la CAMIEG ou directement sur ameli.fr.

Si vous utilisez FranceConnect, vous pourrez utiliser les mêmes identifiants.

Vous avez le choix de demander la création immédiate de votre compte ou de recevoir un code d'accès provisoire par voie postale.

Pour la création immédiate de votre compte, 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.

Mon espace complémentaire CAMIEG

S'adresse aux assurés **part complémentaire seule** exemples :

- Ayants droit d'un cotisant CAMIEG.
- Salariés des SICAE dépendant pour la part régime obligatoire de la MSA.
- Personnel conventionné CCAS.
- Médecin des IEG.

Cet espace personnalisé vous permet :

- 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.

Pour créer votre espace complémentaire CAMIEG, munissez-vous de votre carte vitale et de votre Relevé d'Identité Bancaire (il vous sera demandé lors de votre première connexion uniquement).

<https://www.camieg.fr/espace-assure/droits-et-demarches/vos-services-en-ligne/creer-mon-espace-complementaire-camieg>



Transports

La CAMIEG vous rembourse vos frais de transports 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 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 dans le cadre d'une convocation 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 permissions de sortie pour les patients hospitalisés âgés de moins de 20 ans.

● 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 transports du Code de

Transports dans le cadre de votre ALD : Ceux-ci ne sont pas pris en charge systématiquement. En effet, votre état de santé doit présenter une ou des incapacités ou déficiences définies par l'Assurance Maladie. 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.

la Sécurité sociale, vous ne serez pas remboursé. Elle doit être faite avant la réalisation du transport (⚠ : date antérieure à la date effective du transport) sauf en cas d'urgence. Les médecins, les secrétariats médicaux connaissent parfaitement ces obligations. Ils doivent vous informer.

Cette demande d'accord préalable est complétée par votre médecin, vérifiez que les renseignements vous concernant sont complets.

Elle est à adresser au moins 15 jours avant la réalisation du transport au médecin-conseil de la CPAM du lieu de votre résidence.

Conseil FO :

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

Le Service médical de la CPAM dispose de 15 jours pour se prononcer sur une

* : Pour ces transports, une prescription médicale ne sera pas nécessaire car vous êtes dans l'**obligation de faire une demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale**. Vous devez également l'effectuer pour les transports en bateau ou en avion sur ligne régulière.

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 conventionnés : tarifs fixés dans le cadre de la convention nationale. N'hé-

sitez 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 du billet

d'avion de ligne régulière ou du billet de bateau, des dérogations peuvent être faites par le médecin-conseil de l'Assurance Maladie (notifiées sur l'accord préalable).

● Voiture particulière.

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.

Conseil FO :

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.





Maternité

Assurée CAMIEG pour la part régime complémentaire seule (ayant droit)

L'ensemble des examens liés à votre grossesse sera remboursé par votre organisme gérant votre régime obligatoire (CPAM...), prenez contact avec celui-ci.

La CAMIEG remboursera automatiquement la part complémentaire.

Assurée CAMIEG part régime obligatoire et complémentaire (ouvrant droit)

Afin de bénéficier de la prise en charge de vos soins et examens médi-

caux, il est nécessaire de déclarer votre grossesse auprès de la CAMIEG avant la fin du 3^e mois.

Pour effectuer la déclaration, deux possibilités vous sont offertes lors de votre première consultation :

- En ligne si le professionnel de santé est doté du matériel informatique (à partir de votre carte vitale ou votre numéro de Sécurité sociale). Cette déclaration en ligne est transmise directement à la CAMIEG ainsi qu'à la CAF.

- Le professionnel vous remet un document « Premier examen prénatal ». Pensez à remplir le volet rose avant de le transmettre à la CAMIEG.

Dès réception de la déclaration, la CAMIEG vous adressera votre guide maternité vous informant sur le suivi administratif et médical (prise en charge des examens...) ainsi que votre calendrier de suivi personnalisé des examens médicaux. Vous serez renseignée également sur les différents dispositifs pouvant vous être accordés (dispositif PRADO maternité).



Pensez à faire la mise à jour de votre carte vitale.

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



Vous n'avez aucun frais à avancer concernant les soins en rapport avec votre AT.

À chaque professionnel de santé, vous présentez la feuille d'AT que vous a remise l'employeur :

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/190/s6201.pdf>.

Le professionnel de santé est payé par la CPAM ou la MSA sur la base des tarifs Sécurité sociale.

Trop souvent, les spécialistes souhaitent effectuer des dépassements d'honoraires alors que le Code de la Sécurité sociale leur stipule de ne pas en faire dans le cadre des AT mais cela reste une recommandation, pas une obligation...

Ces dépassements d'honoraires ne seront ni pris en charge par la CAMIEG (puisque'elle ne gère plus les remboursements concernant l'AT), ni par le contrat CSM de Mutieg A d'Énergie Mutuelle.

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
« l'Accident du Travail » sur notre site :
[https://www.fnem-fo.org/magazine/
dossier-pratique-accident-du-travail/](https://www.fnem-fo.org/magazine/dossier-pratique-accident-du-travail/)

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 (au-delà cf. chapitre « Modifications administratives, modifications situation familiale »).
- ◆ 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).**

Vous bénéficiez des mêmes soins que les ressortissants des pays que vous visitez.

La demande est à effectuer au moins 15 jours avant votre départ, sur le site Ameli ou par simple appel téléphonique auprès de la CAMIEG. Elle vous est envoyée par voie postale et est valide 2 ans. En cas de départ imminent, un certificat peut vous être délivré.

Elle vous permet de bénéficier d'une dispense d'avance des frais ou d'être remboursé directement sur place par l'organisme de Sécurité sociale du pays.

Si vous avez réglé les soins sur place, leur remboursement est à demander auprès de la CAMIEG en remplissant le formulaire « déclaration de soins reçus à l'étranger » <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf>. Vous êtes remboursés sur la base des tarifs appliqués par la Sécurité sociale française. Le traitement est long, 6 mois en moyenne.

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 « déclaration de soins reçus à l'étranger » <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf> accompagné des factures originales acquittées et des 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 ainsi que la nature de l'évènement vous ayant obligé à avoir des





soins. Le remboursement ne dépassera pas le montant que vous auriez perçu pour des mêmes soins en France.

Conseil FO : Conservez toujours des copies de vos documents. Renseignez-vous sur l'état sanitaire du pays de destination et sur les possibilités de prise en charge par vos contrats d'assurances (habitation, bancaires, ...).

Soins programmés

En Europe :

Pour les soins ambulatoires courants, l'autorisation pré-

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

Les remboursements sont faits sur la base du tarif applicable dans le pays des soins ou sur demande de l'assuré, dans la limite des frais engagés, sur la base des tarifs français de Sécurité sociale.

Hors 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.

Cures

Pour être prise en charge, votre cure thermale doit être prescrite par votre médecin traitant ou, parfois, 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, ...).

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.

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.

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

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, SICAIE...). Si vous êtes dans cette situation ou que l'établissement n'est pas conventionné adressez votre facture à la CPAM du lieu de cure (indiquez que vous êtes assuré CAMIEG). Dès remboursement de la part Régime obligatoire, vous adresserez à la CAMIEG le décompte de la CPAM afin que celle-ci vous rembourse la part Régime complémentaire.

Votre sur-complémentaire peut venir compléter les remboursements de la CAMIEG (CSM : 274,24 €).

* Pour bénéficier de la prise en charge de vos frais de transport et d'hébergement, vos ressources de l'année précédant la cure doivent être inférieures à 14 664,38 €. Ce plafond est majoré de 50 %, soit 7 332,19 € pour époux, partenaire de Pacs ou concubin et pour chaque ayant droit à votre charge.



Envoyer, réclamer, contester

Afin que votre demande soit traitée, il est indispensable que celle-ci soit envoyée au bon interlocuteur.

Tableau récapitulatif d'envoi des documents papiers

Documents	Adresse d'envoi
Feuilles de soins, demande de remboursement dans le cadre de la grille de remboursement CAMIEG y compris soins reçus à l'étranger (1) (2)	CAMIEG 92011 NANTERRE Cedex
Formulaire changement de situation (si non fait par votre espace Ameli ou « mon espace complémentaire CAMIEG »)	CAMIEG Gestion Des Bénéficiaires 92011 NANTERRE Cedex
Demande de prise en charge cure thermique	CAMIEG 92011 NANTERRE Cedex
Maternité : déclaration de grossesse quand celle-ci n'a pas été faite par télétransmission par le médecin, envoi du volet rose du premier examen prénatal	CAMIEG 92011 NANTERRE Cedex
Affection de Longue Durée Prise en charge et suivi (2)	Échelon local du Service Médical de l'Assurance Maladie de votre domicile (3)
Demande d'Accord Préalable	Échelon local du Service Médical de l'Assurance Maladie de votre domicile (3)

(1) Conseil FO : 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) Conseil FO : conservez une copie des documents envoyés.

(3) Conseil FO : vous pouvez trouver l'adresse de votre échelon local auprès de votre professionnel de santé ou sur le site de la CAMIEG https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Espace_Assur%C3%A9s/Service_m%C3%A9dical/ELSM_Fichier_Assur%C3%A9s.pdf. 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 ».

Vous avez adressé une demande auprès de la CAMIEG (prise en charge, demande de remboursement, modification administrative...), les semaines passent* et le traitement de votre demande n'est toujours pas effectué.

Vous pouvez contacter la CAMIEG :

● Par courriel *via* votre compte Ameli.

● Par téléphone au 08 06 06 93 00.

● Par courrier à l'adresse CAMIEG – 92011 Nanterre Cedex.

● Depuis la pandémie Covid-19, vous pouvez demander à être rappelé par un conseiller de la CAMIEG : <https://www.camieg.fr/demander-a-etre-rappelle> (nous espérons le maintien de ce service).

● En prenant rendez-vous avec un conseiller des antennes régionales : <https://www.camieg.fr/demande-de-prise-de-rendez-vous>, un conseiller au 08 06 06 93 00 peut également vous transmettre les coordonnées de l'antenne ou de la vacance la plus proche de votre domicile.

● Vous pouvez saisir le conciliateur de la CAMIEG (conciliateur CAMIEG 92011 Nanterre Cedex) en cas d'insatisfaction ou de contestation sur le traitement de votre réclama-

tion. Le conciliateur n'a pas pouvoir de décision. Il peut intervenir également 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...).

À la suite du traitement de votre demande, la CAMIEG vous adresse un refus.

Vous pouvez contester cette décision auprès de la Commission Recours Amiable (CAMIEG Commission Recours Amiable 92011 Nanterre Cedex).

La Commission Recours Amiable vérifie que la notification de refus correspond à la législation et réglementation en vigueur.

Elle intervient dans les refus :

- D'ordre administratif :
 - Les refus d'affiliation, d'ouverture ou de prolongation de droit au versement des prestations de base et complémentaires.
 - Les refus de prise en charge (remboursements de base et complémentaires) ou d'exonération du ticket modérateur.
 - Les notifications de remboursements faits à tort.
 - Les notifications de redressement, avec ou sans

pénalités, de cotisations des employeurs ou des assurés ayant volontairement opté pour le bénéfice du régime complémentaire.

● D'ordre médical : Vous devez d'abord saisir la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de domicile afin de demander une expertise médicale. La CAMIEG sera avertie de cette expertise et appliquera les décisions prises par le médecin contrôleur de la CPAM. À la suite de la notification de refus, vous pourrez saisir la CRA.

Votre saisine doit être faite (envoi en Recommandé Accusé de Réception est à privilégier) dans les deux mois à réception du courrier de refus. Ce délai est amené à un mois dans le cas d'une contestation de mise en demeure de payer. La CRA se réunit en moyenne une fois par mois, la décision vous est notifiée par écrit.

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.

* : les délais de traitement de la CAMIEG sont consultables sur votre espace Ameli (délai min 4 semaines pour feuilles de soins papiers).



Dossier Médical Partagé

Le Dossier Médical Partagé (DMP) correspond à votre dossier de santé en ligne. Il contient et sécurise les informations de santé et permet de les partager avec les professionnels de santé de votre choix. En cas d'urgence, de risque vital ou d'hospitalisation, ils ont ainsi connaissance de vos antécédents médicaux et des traitements que vous suivez. Ces derniers peuvent y déposer les informations liées à votre état de santé. Gratuit, le DMP est facultatif.

Vous pourrez également préciser sur votre DMP les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence et également enregistrer vos directives anticipées pour votre fin de vie.

À part vous, seuls les professionnels de santé que vous avez consultés et que vous n'avez pas bloqués (médecin, infirmier, pharmacien...) peuvent y accéder.

La CAMIEG, la médecine du travail, l'employeur,

les mutuelles, assurances, banques, les secrétariats d'accueil ou les agents administratifs ne peuvent accéder à votre DMP.

Comment créer son DMP ?

La création se fait par internet *via* l'adresse : <https://www.dmp.fr/>.

Vous n'avez pas accès à internet, votre pharmacien ou un professionnel de santé équipé des outils informatiques peut vous aider.

Votre carte vitale ainsi que le code de création du DMP vous seront nécessaires.

Votre code de création vous a été adressé soit par courrier, soit par mail. Vous ne l'avez pas reçu : vous pouvez en faire la demande directement sur le site. Celui-ci vous sera envoyé soit par mail, soit par courrier (le délai d'envoi est environ de 2 heures pour un email et 10 jours par courrier).

À l'issue de la création de votre DMP sur internet, vos identifiants de connexion vous seront indiqués. À chaque connexion vous recevrez un code d'accès unique (par sms ou par mail selon votre choix). Vous pouvez aussi accéder à votre DMP depuis l'étranger.

Chaque connexion ou dépôt de documents vous est notifié.

Comment créer le DMP pour les enfants mineurs ?

Les informations données par le site dmp.fr ne sont pas applicables pour les enfants mineurs et les ayants droits majeurs étant couverts par notre régime spécial maladie CAMIEG pour les deux parts régime obligatoire et régime complémentaire. La création de leur DMP est uniquement possible en passant par un professionnel de santé.

Sur le site DMP, la foire aux questions décline des renseignements qui ne sont pas toujours applicables pour notre régime spécial. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires ou d'aide lors de la création de votre DMP, vous pouvez contacter le 3646 (Service gratuit + prix appel du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30), il est important de préciser que vous êtes assuré CAMIEG.



Les actions de prévention

Votre antenne régionale peut vous proposer de participer à des actions de prévention (dépistages, débats, expositions...) selon votre situation.

Vous recevez également des invitations sous forme de prise en charge intégrale par la CAMIEG afin de rencontrer les professionnels de santé pour* :

- ◆ **Programme M'T Dents** : prise en charge consultation dentiste à partir des 3 ans de l'enfant puis tous les 3 ans jusqu'à ses 24 ans inclus.

- ◆ Entre 50 et 74 ans, vous recevez tous les deux ans des invitations au **dépistage du cancer du sein et colorectal**.

- ◆ Vous recevez chaque année, si vous remplissez les conditions établies par l'Assurance Maladie, une invitation pour vous faire vacciner contre la **grippe**.

- ◆ Un accompagnement personnalisé selon vos demandes peut être établi tel que* :

- **Programme OP'S** (Objectif Prévention Santé) qui consiste à un accompagnement des assurés âgés de 45 à 60 ans à préserver

leur santé par des gestes simples au quotidien.

- **Activ'Dos** : application téléchargeable recensant des conseils pour éviter le mal de dos mais également d'avoir un coach dans votre téléphone vous proposant des exercices personnalisés de relaxation, étirement, musculation, bons gestes au quotidien... (app store : <https://apps.apple.com/fr/app/activdos/id1281546572/> android : <https://play.google.com/store/apps/details?id=fr.cnamts.samd>).

- **Sophia** : Service d'accompagnement pour les personnes diabétiques afin de limiter les conséquences du diabète sur leur vie de tous les jours.

- Lutte contre les **addictions** (tabac, alcool...).

⚠️ : Auparavant plafonnés à 150 € par an, désormais les substituts nicotiques sont intégralement pris en charge si ceux-ci sont prescrits par un médecin, sage-femme, médecin du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes. Pour être remboursé, l'ordonnance ne doit comporter que les substituts qui vous sont délivrés.

Vous avez entre 18 et 69 ans et habitez dans l'un des départements : Bouches-du-Rhône, Calvados, Charente, Côtes-d'Armor, Gard, Haute-Garonne, Gironde, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Loire-Atlantique, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Nord, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Rhône, Paris, Sarthe, Vienne, Yonne. Vous avez peut-être reçu une invitation au **programme national Constances** pour lequel la CAMIEG participe.

Ce programme regroupe des personnes volontaires à ce que leur santé soit suivie pendant une longue durée. Ce programme permet d'étudier les moyens de rester en bonne santé, d'étudier les causes de la survenue des maladies...

Vous remplissez les conditions d'âge et de localisation géographique mais n'avez pas été invité et êtes désireux d'y participer, n'hésitez pas à contacter le 0 805 02 02 63 (appel gratuit) pour plus de renseignements.

Afin de connaître les propositions dans votre région, vous pouvez les consulter sur le site de la CAMIEG :

<https://www.camieg.fr/actualites/actus-pres-de-chez-vous>

* : liste non exhaustive.

Aides sociales

L'augmentation du prix des actes de soins de santé, le désengagement de la Sécurité sociale sur le remboursement de certains actes par le régime obligatoire, la législation qui limite la possibilité de remboursement de la part complémentaire de la CAMIEG et des remboursements des organismes complémentaires par la notion de contrat responsable, ont pour conséquence un reste à charge qui peut vous laisser parfois un goût amer mais surtout pouvant engendrer des difficultés financières conséquentes.

En premier lieu, il est important de connaître ces éventuels reste à charge avant d'entamer des soins dits « non urgents ».

La première personne qui peut vous renseigner sur la prise en charge ou non des soins qui vous sont prévus est le professionnel de santé.

Il est dans l'obligation de vous adresser un devis* et de recueillir votre consentement pour tous soins médicaux onéreux (dépassements d'honoraires, soins

dentaires importants, prothèses auditives, optique...).

Pour exercer et facturer régulièrement les soins qu'il effectue, le professionnel de santé ou son secrétariat sont en capacité de vous informer si les soins prévus sont pris ou non en charge par le régime obligatoire ainsi que les prises en charge possibles des prescriptions médicales qui vous seraient proposées (traitements médicaux, homéopathie,...).

Aucun soin non pris en charge par le régime obligatoire n'est remboursé par la CAMIEG.

Dans ce cas, il ne peut y avoir qu'intervention pour remboursement d'une sur-complémentaire telle que CSM (Mutieg A pour les salariés)/ CSM Evin/CSMR (pour les retraités) ou autres.

Le reste à charge prévu est au-dessus de vos capacités financières, vous pouvez demander, sur présentation de devis, une participation

financière à la CAMIEG et à votre sur-complémentaire.

CAMIEG

Suite au refus des Pouvoirs Publics de doter la CAMIEG de sa propre commission d'entraide sociale, vos demandes sont à adresser à la CPAM 92.

Une aide financière peut vous être accordée pour les restes à charge supérieurs à 80 €.

Vous complétez et renverrez le formulaire** d'aide financière accompagné des pièces justificatives demandées.

Contrat sur-complémentaire

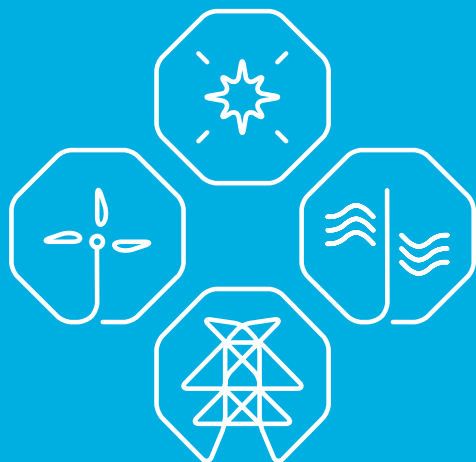
Renseignez-vous auprès de votre contrat sur-complémentaire qui peut vous accorder des aides.

⚠ : 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.

**Demandez le formulaire auprès de la CAMIEG ou sur l'adresse :

https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Formulaires/aide-financiere.pdf.

* Ce devis est à envoyer à votre sur-complémentaire avant signature afin de connaître votre reste à charge. ! : **Tout soin compris sur le devis commencé équivaut à signature du devis.**



Faire qu'à chaque instant, **le courant passe.**

Source de défis et d'innovation permanente, la transition énergétique amène RTE à développer chaque jour de nouvelles solutions pour transporter tous les électrons, sans discrimination.

24h/24, les femmes et les hommes de RTE rendent le réseau de transport d'électricité toujours plus performant et plus agile, en conjuguant électricité et technologies numériques.

Pour que quoi qu'il advienne, le courant passe.



Le réseau
de transport
d'électricité

www.rte-france.com