

Camieg

# VOTRE GUIDE SANTÉ



## ► SOMMAIRE

- p . 03 ■ Édito
- p . 04 ■ Votre organisme
- p . 05 ■ Votre carte Vitale
- p . 06 ■ Vos garanties
- p . 10 ■ Le règlement de vos prestations
- p . 12 ■ Contester une décision : la CRA
- p . 13 ■ Vos remboursements
- p . 16 ■ Vos droits
- p . 18 ■ Les services
- p . 19 ■ Agir en prévention santé
- p . 20 ■ Glossaire
- p . 22 ■ Contacter la Camieg

L'information donnée par ce guide n'est pas exhaustive, pour plus de détails, vous pouvez consulter **Camieg.fr**.

**M** Ce symbole vous signale qu'un Mémento a été réalisé sur le thème évoqué. Retrouvez les Mémentos Camieg dans nos lieux d'accueil ou sur **Camieg.fr** !

## ▣ ÉDITO

La qualité de service aux assurés constitue un axe majeur de développement pour la Camieg. Si vous avez pu constater des améliorations ces derniers mois, pour autant des difficultés demeurent. La direction et les agents de la Camieg travaillent à améliorer le fonctionnement de l'organisme.

Les élus du conseil d'administration, de leur côté, sont particulièrement attentifs à cette qualité de service.

Le guide que vous avez entre les mains vise à donner à chaque assuré de la Camieg les informations nécessaires pour accéder à ses droits, mieux les comprendre et ainsi mieux appréhender la réglementation qui concerne chacun d'entre eux.

Un guide « papier » est indispensable pour tous ceux qui ne peuvent accéder à internet. Il est un nouvel outil qui s'ajoute aux informations auxquelles vous pouvez avoir accès par le biais du site internet de la caisse : **Camieg.fr**.

La Camieg, depuis sa création en 2007, prise par d'autres priorités, n'a pas communiqué de cette manière vers ses bénéficiaires. Notre volonté est que ce guide paraisse régulièrement avec mise à jour des dernières évolutions. Il donne à chaque assuré tous les éléments sur ses remboursements ou ses affiliations, pour lui ou ses ayants droit.

Nous espérons que ce livret vous apportera toute satisfaction et vous souhaitons bonne lecture et bonne utilisation.

**PATRICK GUILLOT**  
Président du Conseil d'administration

**BRUNO NEGRONI**  
Directeur

## ▣ VOTRE ORGANISME

La Camieg est un organisme de Sécurité sociale créé par décret le 30 mars 2007. La Caisse assure la gestion du régime spécial d'assurance maladie maternité des IEG sous la tutelle de l'État. Sa compétence est nationale, elle protège les agents statutaires en activité, les inactifs, ainsi que leurs ayants droit.

### SES SPÉCIFICITÉS

L'assurance maladie maternité des IEG associe une part de base (couverture du régime général) et une part complémentaire (remboursements supplémentaires), deux niveaux de couverture légaux obligatoires et indissociables au bénéfice des ouvriers droit au régime et de leurs ayants droit.

Cependant, certains bénéficiaires sont couverts pour la seule part complémentaire. Ils sont par ailleurs assurés d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie. Leur droit au régime complémentaire seul répond le plus souvent à une condition de faibles ressources.

### QUELQUES CHIFFRES

**511 000**  
personnes protégées

dont **294 000**  
ouvriers droit

Sur la population totale, 17 % bénéficient de la part complémentaire seule

### SON ORGANISATION

Au niveau national, les services de la Caisse assurent l'accueil téléphonique des assurés, l'affiliation des bénéficiaires et la mise à jour de leur dossier administratif, la gestion du risque et la mise en œuvre des programmes de prévention, les relations aux professionnels de santé, etc.

Dix-sept antennes régionales prennent en charge l'accueil physique des bénéficiaires et les réponses par courriels, l'animation d'actions de promotion de la santé et la représentation locale de la Caisse.

Un partenariat avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés confie à la CPAM des Hauts-de-Seine la liquidation des prestations pour la part régime général et la part complémentaire et les fonctions qui y sont liées (contacts des assurés et des professions de santé sur les remboursements).

### SA GOUVERNANCE

#### Le Conseil d'administration

Le CA de la Camieg est composé de 26 représentants des agents statutaires en activité ou en inactivité de service élus pour 6 ans. Le Conseil d'administration détermine les orientations stratégiques, contrôle l'activité de l'organisme, en vote les budgets et en approuve les comptes.

#### La Commission nationale Paritaire de Suivi du régime (CNPS)

Elle réunit à parité employeurs et organisations syndicales et est compétente uniquement pour la section des actifs. La CNPS donne des avis sur le fonctionnement de la Caisse et notamment sur l'équilibre financier de la section des actifs.

#### Les tutelles

La Camieg a deux ministères de tutelle, le ministère chargé de la Sécurité sociale et le ministère en charge du Budget.

## ▣ VOTRE CARTE VITALE

*Pratique et sûre, la carte Vitale simplifie vos remboursements de soins et réduit leur délai de traitement, vous la présentez à tous les professionnels de santé.*

Carte nationale d'assurance maladie, la carte Vitale est obligatoire pour tout individu de plus de 16 ans. Elle identifie l'assuré et le cas échéant ses ayants droit, l'organisme d'affiliation à l'assurance maladie et la nature de la prise en charge.

La Camieg ne délivre une carte Vitale qu'aux assurés couverts pour la part de base et pour la part complémentaire. Les bénéficiaires couverts pour la part complémentaire seule détiennent une carte Vitale émise par une autre caisse d'assurance maladie.

### JUSTIFIER DE VOS DROITS

La carte Vitale Camieg atteste des droits de base et des droits complémentaires des assurés couverts pour les deux parts, elle sert de justificatif auprès des professionnels de santé.

Seuls les bénéficiaires couverts par la Camieg pour la part complémentaire uniquement reçoivent, chaque année, une attestation papier Camieg.

### METTRE À JOUR VOTRE CARTE VITALE

Vous devez obligatoirement mettre à jour votre carte Vitale une fois par an en début d'année et à chaque changement de situation (changement de votre état civil, en cas de maternité, en cas d'affection de longue durée...), pour une prise en charge conforme à vos droits.

Des bornes de mise à jour sont disponibles dans les pharmacies, établissements de santé, cabinets médicaux, accueils des caisses d'Assurance Maladie...

### BÉNÉFICIER DU TIERS PAYANT

Votre carte Vitale peut vous permettre de ne pas faire l'avance des frais et de bénéficier du tiers payant sur la part de base et sur la part complémentaire. La Camieg paie directement l'établissement de soins, le praticien ou le pharmacien.

Lorsqu'elle est pratiquée par un professionnel de santé suite à un accord passé avec l'Assurance Maladie, cette dispense d'avance de frais s'applique également aux assurés de la Camieg et pour l'ensemble des prestations.



### Pensez à déclarer un médecin traitant !

Votre médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié pour votre suivi médical. Pensez à le déclarer !

Il vous suffit de compléter le formulaire Déclaration de choix du médecin traitant téléchargeable sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr).



**Vous êtes considéré comme en dehors du parcours de soins si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant (nécessaire à compter de 16 ans), vos soins seront alors moins bien remboursés.**

# ▣ VOS GARANTIES

Pour savoir comment vous seront remboursés vos frais de santé, consultez le détail du tableau des garanties Camieg.

PRESTATIONS		
FRAIS MÉDICAUX <sup>(1)</sup>	Consultations, visites, déplacements (dans le parcours de soins coordonnés) Consultations, visites, déplacements (hors parcours de soins) <sup>(4)</sup> Radiographies	
ACTES PARAMÉDICAUX <sup>(2)</sup>	Soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes	
PHARMACIE <sup>(2)</sup>	Médicaments coûteux (vignettes blanches barrées) Médicaments (vignettes blanches) Médicaments (vignettes bleues) Médicaments (vignettes orange) Pansements	
ANALYSES – LABO <sup>(1)</sup>	Analyses - Laboratoires	
FRAIS DENTAIRES	Prothèses acceptées Prothèses refusées Soins et radios Orthodontie acceptée Orthodontie refusée	
OPTIQUE	Moins de 18 ans	Monture Verres Lentilles acceptées Lentilles refusées
	Plus de 18 ans	Monture Forfait par monture Verres Forfait par verre Lentilles acceptées Lentilles refusées
DIVERS	Prothèse - orthopédie Appareil auditif <sup>(5)</sup> Oxygénothérapie Appareillage d'assistance respiratoire et générateurs d'aérosol Dispositifs médicaux pour personnes handicapées (hors véhicule) Véhicules pour personnes handicapées Aliments spéciaux et aliments sans gluten Prothèses oculaires et faciales Prothèses externes non orthopédiques Postiches Orthèses Canules trachéales	
CURE THERMALE	Prestations légales (Soins thermaux / soins médicaux) Prestations supplémentaires (selon ressources) : hébergement	
TRANSPORTS <sup>(3)</sup>	Prestations supplémentaires (selon ressources) : transport Ambulances, VSL, etc.	
HOSPITALISATION	Sans acte CCAM <sup>(6)</sup> > 120 €	Frais de séjour Honoraires
	Avec acte CCAM > 120 €	Frais de séjour Honoraires
FRANCHISES	Franchise sur les actes CCAM > 120 € (ville et hôpital)	
PARTICIPATIONS DIVERSES	Frais d'achat de layette	
	Frais d'obsèques	

	PART DE BASE	PART COMPLEMENTAIRE	TOTAL
	70 %	50 %	120 %
	30 %	50 %	80 %
	70 %	50 %	120 %
	60 %	60 %	120 %
	100 %	0 %	100 %
	65 %	35 %	100 %
	30 %	70 %	100 %
	15 %	85 %	100 %
	60 %	60 %	120 %
	60 %	60 %	120 %
	70 %	290 %	360 %
	0 %	0 %	0 %
	70 %	50 %	120 %
	100 %	260 %	360 %
	0 %	0 %	0 %
	60 %	195 %	255 %
	60 %	245 %	305 %
	60 %	645 %	705 %
	0 %	dans la limite de 151,20 € / an	
	60 %	645 %	705 %
			15 €
	60 %	645 %	705 %
			15 €
	60 %	645 %	705 %
	0 %	dans la limite de 92,30 € / an	
	60 %	60 %	120 %
	60 %	525 %	585 %
	60 %	90 %	150 %
	60 %	90 %	150 %
	60 %	90 %	150 %
	100 %	150 %	250 %
	60 %	90 %	150 %
	100 %	150 %	250 %
	60 %	90 %	150 %
	60 %	190 %	250 %
	60 %	190 %	250 %
	60 %	190 %	250 %
	65 % / 70 %	55 % / 50 %	120 %
	65 %	135 %	200 %
	65 %	35 %	100 %
	65 %	35 %	100 %
	80 %	20 %	100 %
	80 %	220 %	300 %
	100 %	0 %	100 %
	100 %	200 %	300 %
		18 €	100 %
			305 €
			610 €

(1) avec retenue d'une participation forfaitaire de 1 € par consultation, examen de radiologie, analyse.

(2) avec retenue d'une participation de 0,50 € par boîte de médicament et par acte paramédical.

(3) avec retenue d'une participation de 2 € par trajet. Les retenues sont plafonnées dans les mêmes conditions que celles du régime général (ameli.fr).

(4) les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnés ne peuvent être prises en charge par la part complémentaire.

(5) dont frais d'entretien (piles, accumulateurs, réparations et pièces détachées) sur la base d'une allocation forfaitaire annuelle (36,59 €) versée sur présentation des justificatifs de dépense.

(6) classification commune des actes médicaux.



## Exemples de remboursements

Dépense réelle	Base de rbrsmnt. Sécurité sociale (TRSS)	% de rbrsmnt. part de base	% de rbrsmnt. part complémentaire	Rbrsmnt. total	Montant restant à votre charge
Pharmacie : médicament vignette blanche à 14 €	14 €	65 % soit $14 \text{ €} \times 65 \% = 9,10 \text{ €}$ - 0,50 € au titre de la franchise médicale * = 8,60 €	35 % Soit $14 \text{ €} \times 35 \% = 4,90 \text{ €}$	100 % * Soit 13,50 € remboursés	0,50 € *
Dentaire : couronne (SPR 50) céramo-métallique à 500 €	107,50 €	70 % Soit $107,50 \times 70 \% = 75,25 \text{ €}$	290 % Soit $107,50 \times 290 \% = 311,75 \text{ €}$	360 % Soit 387 € remboursés	113 €
Optique : monture adulte à 60 €	2,84 €	60 % Soit $2,84 \times 60 \% = 1,70 \text{ €}$	645 % Soit $2,84 \times 645 \% = 18,30 \text{ €}$ + forfait monture de 15 €	705 % (20 € + forfait monture de 15 €) soit 35 € remboursés	25 €

\* les franchises médicales restent à votre charge (ici 0,50 € par boîte de médicament)



## VOTRE PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

*Vous devez être hospitalisé dans un établissement public ou dans une clinique privée conventionnée, vous vous interrogez sur les démarches à effectuer et sur la prise en charge de la Camieg.*

▣ **Les documents à fournir :** vous devez présenter votre carte Vitale (mise à jour), elle atteste de vos droits de base et de vos droits complémentaires si vous êtes couvert pour les deux parts par la Camieg.

Votre carte Vitale n'est pas une carte Vitale émise par notre Caisse, vous êtes couvert par la Camieg pour la part complémentaire uniquement : vous présentez votre carte Vitale accompagnée de l'attestation papier Camieg de droits complémentaires.

Pensez aussi à vous munir de votre carnet de santé, résultats d'analyses, radios... Ces informations peuvent être utiles à votre suivi.

▣ **Votre prise en charge :** vous reporter au tableau des garanties page 6, partie « Hospitalisation ».

Ne sont pas pris en charge les suppléments pour confort personnel (le téléphone, la télévision...).

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Camieg ne prend plus en charge le forfait journalier, la chambre particulière et le lit accompagnant (les activités sociales ne confiant plus la gestion de ces prestations à la Camieg).**

Pour être remboursé de ces dépenses, il est nécessaire de prendre une couverture santé supplémentaire (CSM), celle-ci étant obligatoire pour les actifs et leurs ayants droit.

La Camieg rembourse le ticket modérateur aux hôpitaux et cliniques qui font l'avance des frais. Malgré son caractère facultatif pour dispenser le tiers payant sur les garanties du régime spécial, si elle vous est demandée par l'établissement, la Camieg délivre, sur demande, une prise en charge hospitalière avant le séjour.

Si vous recevez des soins avant ou après votre hospitalisation et s'ils sont liés à votre hospitalisation, ils vous sont remboursés dans les conditions et aux taux habituels.



## ▣ LE RÈGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

La télétransmission de vos feuilles de soins, grâce à votre carte Vitale, garantit des délais de paiement plus courts pour vos prestations maladie et maternité.



Certaines prestations ne dépendent pas de la Camieg. La compétence de la Caisse ne s'étend pas aux prestations en espèces des assurances maladie maternité (indemnités journalières), et la Camieg ne gère pas les risques Accident du travail, Maladie professionnelle et Invalidité.

### FEUILLE DE SOINS ÉLECTRONIQUE : POUR ÊTRE PLUS VITE REMBOURSÉ


En présentant votre carte Vitale, vous permettez au professionnel de santé (possédant le matériel adéquat) d'envoyer une feuille de soins électronique (FSE) à la Camieg. Le règlement est effectué directement sur votre compte, il vous faut, au préalable, avoir fourni un relevé d'identité bancaire ou postal à notre organisme. Ce remboursement intervient sous quelques jours alors que les feuilles de soins papier ont un délai de traitement plus long.

### MALADIE, ACCIDENT DU TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE... : QUI EST VOTRE INTERLOCUTEUR ?

#### **Vous adressez à la Camieg, 92011 Nanterre Cedex :**

- ▣ Les feuilles de soins papier et les questionnaires de prise en charge Cure thermique
- ▣ Afin de mettre à jour votre dossier, vous informez la Camieg de tout changement de situation vous concernant, ou concernant l'un de vos ayants droit.

#### **A ne pas envoyer à la Camieg :**

- ▣ Les demandes d'accord préalable ou d'exonération du ticket modérateur doivent être adressées directement à l'échelon local du Service médical  de votre lieu de résidence (liste consultable sur Camieg.fr). En effet, la Camieg ne dispose pas d'un Service médical qui lui est propre, les dossiers de ses assurés sont examinés par les praticiens conseils de l'Assurance Maladie.
- ▣ Les devis dentaires et tous les remboursements de soins non pris en charge par la Camieg (ostéopathes, chiropracteurs, actes dentaires hors nomenclature -implants-, etc.) doivent être adressés directement à l'organisme complémentaire qui peut les prendre en charge (par exemple la Mutieg dans le cadre de la CSM).
- ▣ Les arrêts de travail pour maladie sont à transmettre à la Médecine de contrôle de votre employeur.
- ▣ Les documents relatifs à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, pour ces sujets informez-vous auprès de votre employeur.

## ÊTRE REMBOURSÉ DES FRAIS ENGAGÉS POUR VOTRE ENFANT

Les demandes de remboursement pour un enfant de moins de 16 ans doivent impérativement être établies sous le numéro de Sécurité sociale de l'ouvrant droit affilié à la Camieg.

Les décomptes, factures ou feuilles de soins, portant le n° de Sécurité sociale du 2<sup>e</sup> parent appartenant à un autre régime d'assurance maladie (régime général, RSI, MSA...) ne peuvent pas être traités par la Camieg.

### Remboursement pour les bénéficiaires de la part complémentaire seule

Afin de réduire les délais de paiement, la Camieg a signé avec les CPAM et le régime étudiant (MEP, MGEL, LMDE, SMEBA) des accords d'échange de données informatiques (image des décomptes). Dans la majorité des cas, vous n'avez rien à envoyer à la Camieg, une information sur votre décompte précise qu'il a bien été transmis à votre organisme complémentaire. Si ce n'est pas le cas, transmettez votre relevé à la Camieg.



## ▣ CONTESTER UNE DÉCISION : LA COMMISSION DE RECOURS AMIABLE (CRA)

La CRA permet aux assurés, aux professionnels de santé et aux cotisants d'exercer leur droit de contestation des décisions prises par l'organisme à l'encontre de leurs demandes. Les 9 membres de la commission de recours amiable sont désignés par le Conseil d'administration, pour six ans. A chacune de ses séances, la Commission examine les recours individuels formés contre les décisions prises par la Caisse. Cet examen consiste à vérifier que les dispositions légales et réglementaires en vigueur ont bien été respectées et appliquées. La CRA ne peut déroger aux dispositions légales et réglementaires et ses décisions sont soumises aux autorités de tutelle.

### LES MOTIFS DE SAISINE

Les décisions de la Camieg susceptibles d'un recours sont, en règle générale, les suivantes :

- ▣ les refus notifiés d'affiliation, d'ouverture ou de prolongation de droit au versement des prestations de base et complémentaires ;
- ▣ les refus notifiés de prise en charge (remboursements de base et complémentaires) ou d'exonération du ticket modérateur ;
- ▣ les notifications de reversement à la Camieg de prestations versées indûment.

Lorsqu'une créance est notifiée à un assuré, qu'il n'en conteste pas le bien fondé mais que sa situation financière ne lui permet pas de la rembourser, il peut également saisir la commission de recours amiable pour demander une remise de dette.

Les réclamations pour retard de versement des prestations et pour versement erroné ne sont pas des motifs de saisine de la CRA.

Le recours devant cette commission est obligatoire avant toute procédure contentieuse devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS).

 Pour en savoir plus, consultez [Camieg.fr](http://Camieg.fr)



## ▣ VOS REMBOURSEMENTS

Votre relevé de prestations ou décompte vous informe de vos remboursements et fait apparaître les retenues venant en déduction des montants perçus.

### VOTRE DÉCOMPTÉ

Votre relevé vous permet de suivre le règlement de vos dossiers, il fait apparaître :

- ▣ les paiements Camieg qui vous sont versés (sur votre relevé, la partie « Vos remboursements de soins »).
- ▣ les sommes directement versées par la Camieg aux professionnels de santé lorsque, dans le cadre du tiers payant, vous n'avez pas fait l'avance des frais (sur votre relevé, la partie « Pour votre information »).

Les bénéficiaires des prestations sont précisés, vous savez s'il s'agit de remboursements concernant vos enfants, votre conjoint...

Tarif opposable fixé par la Sécurité sociale et taux de remboursement au titre de la part de base.

Le taux varie en fonction de la prestation (consultation, pharmacie, analyse...), du fait que vous soyez ou non dans le parcours de soins coordonnés, ou exonéré du ticket modérateur.

Montant du remboursement de la part de base.

Taux appliqué à la base de remboursement et montant de la part complémentaire.

vos remboursements de soins									
dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement		taux	montant versé	organisme complémentaire		
							taux	prix	
01 04 11	pour PATRICK né(e) le PARCOURS COORDONNÉ - MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Sect 1 (C+PC) participation forfaitaire (PFH)	23,00	23,00		70%	16,10	50%	6,90	
						- 1,00			
	ref 0751 09106 800030 72								

Exemples de «codes actes» indiquant la nature des soins ou retenues effectués

pour votre information									
dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement		taux	montant payé	organisme complémentaire		
							taux	prix	
01 04 11	pour PATRICK né(e) le PHARMACIE (PH7+PC) franchise à retenir <sup>(1)</sup> (FRT)	11,81	11,81		100%	11,81			
						- 0,50			
		réglé au destinataire PHARM DURAND : 11,81 euros							

Remboursement effectué par la Camieg directement au professionnel de santé. C'est le tiers payant ou dispense d'avance des frais faite à l'assuré.

En page 8, consultez des exemples de calcul de remboursements.

A priori, les décomptes de remboursement sont gardés en mémoire pour une durée de 28 jours avant d'être édités et envoyés par courrier aux bénéficiaires. Toutefois, lorsque sur un même décompte, le reste à charge atteint 200 €, ce décompte est édité immédiatement.

### Télétransmission à MUTIEG

La Camieg télétransmet le montant des prestations remboursées par elle-même à Mutieg, que vous soyez couvert pour la part de base et pour la part complémentaire, ou que vous soyez couvert uniquement pour la part complémentaire. Plus besoin de transmettre de relevé papier ! Le décompte de la Camieg porte la mention « Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire Mutieg ».

## LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Vous êtes considéré comme hors parcours de soins si vous consultez un praticien sans être orienté par votre médecin traitant. Vous êtes alors moins bien remboursé au titre du régime de base et la somme non remboursée ne peut pas être prise en charge par la part complémentaire.

Cependant certains spécialistes sont en accès direct (sous certaines conditions, plus d'informations sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)) si vous avez déclaré un médecin traitant :

- un gynécologue,
- un ophtalmologue,
- un stomatologue,
- un psychiatre ou un neuropsychiatre (si vous avez entre 16 et 25 ans).

Que vous ayez déclaré un médecin traitant ou non, vous pouvez consulter directement un pédiatre (pour les enfants de moins de 16 ans) et un dentiste. Vous serez remboursé aux taux habituels.



## LES RETENUES SUR REMBOURSEMENT

### ■ Franchise médicale

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements des médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires.

Les franchises médicales s'élèvent à :

- 0,50 € par boîte de médicaments remboursables (allopathiques, homéopathiques ou une préparation magistrale)
- 0,50 € par acte paramédical (infirmiers, kinés, masseurs, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues) dans la limite de 2 € par jour, pour un même patient et un même professionnel de santé
- 2 € par trajet pour les transports médicaux (transports en taxi, en véhicule sanitaire léger -VSL- et en ambulance, sauf en cas d'urgence) dans la limite de 4 € par jour, pour un même patient et un même transporteur.

Le plafond de la franchise médicale est de 50 € par an et par personne.

### ■ Participation forfaitaire de 1 €

Une participation forfaitaire de 1 € est retenue sur le remboursement des actes suivants :

- consultation ou acte réalisé par un généraliste ou un spécialiste à son cabinet, à votre domicile ou à l'hôpital
- examens de radiologie
- analyses de biologie médicale

Elle est retenue pour chaque consultation ou acte dans la limite de 4 € par jour et par professionnel de santé. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 € par année civile et par personne.

La franchise médicale et la participation forfaitaire ne peuvent pas être prises en charge par le régime complémentaire.

### ■ Paiement de ces retenues

Elles sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements (part de base). Quand vous n'avez pas réglé le professionnel de santé et avez bénéficié du tiers payant, les franchises et participations forfaitaires n'ont pas été retenues. En conséquence, elles seront perçues de façon différée lors d'un prochain remboursement, quel que soit l'acte remboursé, pour vous-même ou l'un de vos ayants droit.

### Ouvrez votre compte en ligne et accédez à de nombreux services !

Créez votre compte personnel et consultez vos remboursements en temps réel, c'est simple et rapide ! Ce service vous permet aussi de poser une question à votre caisse, d'imprimer une attestation de droits (pour les assurés couverts pour les deux parts), de demander une carte européenne d'assurance maladie... Rendez-vous sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)

*Les bénéficiaires de la part complémentaire seule, assurés du régime général, consultent sur leur compte Ameli les remboursements effectués au titre de la part de base et de la part complémentaire.*

## ▣ VOS DROITS

Les droits des bénéficiaires du régime spécial des IEG sont mis à jour chaque année, soit de façon automatique, soit sur présentation des justificatifs demandés par la Camieg.

### DES DROITS EN FONCTION DE VOTRE SITUATION

Situation du bénéficiaire	Prolongation des droits par année civile	Support attestant des droits ouverts (auprès des professionnels de santé notamment)
<b>Ouvrant droit</b> , actif ou pensionné	Droits prolongés automatiquement chaque année sans démarches particulières	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carte Vitale Camieg</b> (droits RG+RC) La mise à jour de la carte Vitale est obligatoire en début d'année pour activer les droits RG+RC sur la carte jusqu'au 31/12</li> <li>• <b>Attestation papier pour un ouvrant droit RC seul</b></li> </ul>
<b>Ayant droit</b> , bénéficiaire du régime spécial pour les deux parts (part de base et part complémentaire) Exemple : conjoint(e) ne travaillant pas ou enfant de moins de 20 ans scolarisé	Droits prolongés automatiquement chaque année jusqu'au 31 décembre ou jusqu'à l'affiliation dans un autre régime <sup>(1)</sup> , ou jusqu'à l'âge limite attaché à la situation <sup>(2)</sup> .	<b>Carte Vitale Camieg</b> (droits RG+RC) La mise à jour de la carte Vitale est obligatoire en début d'année pour prolonger les droits RG+RC sur la carte
<b>Ayant droit</b> , bénéficiaire du régime spécial pour la seule part complémentaire dont les ressources sont inférieures à un plafond (14 065 € pour les ressources 2011). Exemple : conjoint(e) en activité dont les ressources sont inférieures au plafond en vigueur, ou enfant jusqu'à 26 ans	Droits prolongés sous condition sur la base de l'examen des pièces justificatives <sup>(3)</sup> demandées annuellement au bénéficiaire par la Camieg.	<b>Attestation papier</b> de droits complémentaires

(1) L'affiliation à un autre régime de Sécurité sociale est communiquée à la Camieg directement par le nouvel organisme d'assurance maladie. Toutefois, un dossier doit être transmis à la Caisse pour justifier d'un éventuel maintien des droits complémentaires.

(2) Le rattachement d'un enfant au régime étudiant est obligatoire dès le début de l'année universitaire au cours de laquelle il aura 20 ans.

(3) Pour les ayants droit sous condition de ressources, les droits de l'année N+1 sont examinés l'année N sur la base des ressources perçues au cours de l'année civile N-1. Leur avis d'imposition le plus récent doit être fourni.

### VOTRE SITUATION CHANGE...

Informez la Camieg des changements intervenant dans votre situation ! Changement de médecin traitant, déménagement, naissance d'un enfant... Ces modifications doivent être signalées à la Camieg pour garantir une mise à jour de votre dossier et une prise en charge conforme à vos droits et à ceux de vos ayants droit.

La Camieg met à votre disposition des formulaires, **rendez-vous sur Camieg.fr** pour les imprimer si vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- ▣ Vous demandez le rattachement d'un ayant droit
- ▣ Vous déclarez ou changez de médecin traitant
- ▣ Vous changez de coordonnées bancaires
- ▣ Vous changez d'adresse
- ▣ Vous demandez l'attribution de la prime layette (lors d'une naissance ou d'une adoption)
- ▣ Vous demandez l'attribution de l'allocation décès (lors du décès d'un ayant droit)
- ▣ Vous optez pour le régime complémentaire
- ▣ Vous recevez des soins à l'étranger
- ▣ Vous avez perdu ou on vous a volé votre carte Vitale

**!** Des circuits d'information ont été mis en place entre la Camieg, les employeurs de la branche des IEG, et la CNIEG. Ainsi en cas de demande d'affiliation initiale (dans le cadre d'une embauche), d'une mission à l'étranger, d'un congé sans solde... ou d'un passage en inactivité, par exemple, ils initient pour vous les démarches administratives. Vous n'êtes sollicité par la Camieg que dans un second temps pour compléter votre dossier.

## VOUS DEMANDEZ LE RATTACHEMENT DE VOTRE ENFANT...

Pour que votre enfant bénéficie d'une prise en charge de ses soins, vous devez informer la Camieg de sa naissance. Il vous suffit de compléter la Demande de rattachement (téléchargeable sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)) et de joindre les documents requis.

Après enregistrement du dossier, votre enfant figurera sur votre carte Vitale et vous percevrez ses prestations pour les deux parts. Lorsque les deux parents sont affiliés à la Camieg, une déclaration de rattachement peut être établie sur le dossier de chacun des parents.

## ... VOTRE ENFANT DEVIENT ÉTUDIANT !

Le rattachement d'un enfant au régime étudiant (au régime général pour un jeune en apprentissage ou en contrat de professionnalisation) est obligatoire dès le début de l'année universitaire au cours de laquelle il aura 20 ans. Une année universitaire s'étend du 1<sup>er</sup> octobre de l'année N au 30 septembre de l'année N+1.

Ce changement de situation doit être indiqué à la Camieg : vous transmettez à l'organisme une attestation Vitale de son nouveau régime et une déclaration de ressources complétée (téléchargeable sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)).

**!** La Camieg maintient automatiquement les droits des enfants scolarisés de 16 à 20 ans sans transmission d'un certificat de scolarité. Les parents d'enfants scolarisés au-delà de 16 ans n'ont donc aucune démarche à effectuer auprès de la Camieg.





## ▣ LES SERVICES

*Participation ou aide financière, la Camieg peut vous soutenir à différents moments de votre vie.*

### LA PRIME LAYETTE

Pour préparer l'arrivée de votre enfant au sein du foyer, la Camieg participe aux frais de layette. La prime layette est versée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un ou plusieurs enfants. Pour chaque enfant né ou adopté, cette prestation est attribuée à l'ouvrant droit. Le montant de cette participation aux frais d'achat de layette s'élève à 305 €.

### L'ALLOCATION DÉCÈS

Une participation aux frais d'obsèques est versée à l'ouvrant droit en cas de décès d'un ayant droit. Cette participation est de 610 €.

*Les montants de la prime layette et de l'allocation décès sont indexés sur le SNB (salaire mensuel national brut de base de la branche des IEG) et sont actualisés, le cas échéant, annuellement au 1<sup>er</sup> juillet. Les formulaires de demande de la prime layette et de l'allocation décès sont téléchargeables sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)*

### L'AIDE FINANCIÈRE DANS LE CADRE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Vous devez faire face à de lourdes dépenses, une aide financière peut vous être accordée. Cette aide est obligatoirement soumise à condition de ressources. L'aide de l'ASS peut vous être accordée, octroyée de façon partielle, ou vous être refusée.

Pour déposer votre demande, vous saisissez la commission d'action sanitaire et sociale de la CPAM des Hauts-de-Seine, et cela quelque soit votre lieu d'habitation en France, en complétant le formulaire Demande d'aide financière (disponible sur [Camieg.fr](http://Camieg.fr)) et en joignant l'ensemble des justificatifs demandés.



**N'engagez pas de dépenses avant de transmettre votre demande, votre dossier doit présenter un devis et non une facture.**



## ▣ AGIR EN PRÉVENTION SANTÉ

*Au premier plan des missions confiées à la Caisse figure la promotion de la santé.*

La Camieg conduit, pour ses assurés, les grandes campagnes nationales (dépistage des cancers, vaccination antigrippale...) et développe et anime à travers ses antennes régionales des actions (ateliers, séances de sensibilisation, d'information...) ciblées dans le domaine de la prévention santé.

### **LA SANTÉ EST UN BIEN QU'IL FAUT SAVOIR PROTÉGER À TOUS LES ÂGES DE LA VIE !**

Les chargés de projets prévention de l'organisme travaillent sur diverses thématiques et s'associent aux acteurs locaux de santé publique pour mettre en place des actions spécifiques relatives à :

- ▣ la promotion du 'Bien vieillir'
- ▣ la lutte contre les cancers
- ▣ la prévention des maladies chroniques
- ▣ la promotion de la nutrition et de l'activité physique
- ▣ la prévention des addictions
- ▣ la prévention des risques environnementaux

...



**Renseignez-vous auprès de votre antenne Camieg !**

## ▣ GLOSSAIRE

### **Accord préalable (ou entente préalable)**

L'accord préalable vise à demander l'autorisation de prise en charge de certains transports, actes et traitements médicaux auprès du service médical de l'Assurance Maladie.

### **Ayant droit**

Un ayant droit est une personne à la charge de l'ouvrant droit qui, du fait de son lien avec l'assuré, peut bénéficier des prestations du régime : enfant, conjoint(e)...

### **CPAM**

Il s'agit d'une Caisse primaire d'assurance maladie, celle-ci assure, au niveau départemental, la gestion de l'assurance maladie du régime général.

### **Dépassement d'honoraires**

On appelle dépassement d'honoraires, le montant demandé par un professionnel de santé lorsqu'il est supérieur aux tarifs conventionnés par la Sécurité sociale (tarifs de responsabilité ou de convention).

### **Dispense d'avance des frais ou tiers payant**

En cas de dispense d'avance des frais ou de tiers payant, ce sont les organismes de Sécurité sociale et complémentaires de l'assuré qui payent directement les frais médicaux. Selon les accords établis, l'assuré social est dispensé totalement ou partiellement de l'avance des frais.

### **Exonération du ticket modérateur**

Un assuré est exonéré du ticket modérateur lorsqu'il se trouve dans certaines situations médicales donnant droit à la prise en charge à 100 % des frais engagés : en cas de suivi de la grossesse à partir du 6<sup>e</sup> mois ou d'affection de longue durée par exemple.

## **Médecin conventionné en secteur 1**

Un médecin généraliste ou spécialiste du secteur 1 pratique des honoraires plafonnés et fixés par convention. C'est la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Attention, un spécialiste de secteur 1 consulté hors parcours de soins coordonnés peut pratiquer un tarif supérieur au tarif conventionnel.

## **Médecin conventionné en secteur 2**

Conventionné « honoraires libres », le médecin conventionné en secteur 2 est autorisé à dépasser le tarif officiel mais le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie (remboursement à l'assuré sur la base du secteur 1). Une partie du dépassement est prise en charge par la part complémentaire.

### **... avec option de coordination**

Ce médecin, généraliste ou spécialiste, a signé l'option de coordination avec la Sécurité sociale, il applique les tarifs de secteur 1 si le patient lui a été adressé par son médecin traitant.

## **Médecin correspondant**

Il s'agit d'un médecin (souvent un spécialiste) vers qui le médecin traitant décide d'orienter son patient pour un avis ou des examens et analyses complémentaires.

## **Tarif de convention (TC) ou tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS)**

Ce sont les tarifs de base fixés par la Sécurité sociale sur lesquels sont calculés les taux de remboursements d'une consultation, d'un examen, d'un acte médical... Ils permettent aussi de déterminer s'il y a dépassement d'honoraires ou non.

## **Ticket modérateur**

Il s'agit du montant du tarif de responsabilité restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la part de base. Il est pris en charge par la part complémentaire.

## ▣ CONTACTS

### > RENDEZ-VOUS SUR NOTRE SITE INTERNET

Vous souhaitez mieux connaître certaines modalités de prise en charge, vos droits et ceux de votre famille ou désirez vous informer en matière de prévention santé ? Vous avez besoin d'un formulaire Camieg ou voulez imprimer un dépliant d'information ?...

 **Camieg.fr**

### > CONTACTEZ NOTRE CENTRE D'ACCUEIL À DISTANCE

Vous voulez poser une question sur le suivi de votre dossier, les prestations et leur règlement, des démarches administratives à réaliser ?...

 **0811 709 300 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h**

### > TRANSMETTEZ DES DOCUMENTS PAR COURRIER

Vous devez nous transmettre des feuilles de soins, des pièces justificatives ?...

 **Camieg 92011 Nanterre Cedex**

### > RENCONTREZ VOS CONSEILLERS CAMIEG

Vous souhaitez échanger avec un conseiller ? Ils vous reçoivent dans nos antennes et dans plus de 150 permanences extérieures.

 **Rendez-vous sur Camieg.fr pour connaître nos lieux d'accueil partout en France.**

#### **Antenne Alsace**

Immeuble Sébastopol - 1<sup>er</sup> étage  
3, quai Kléber  
67 000 Strasbourg  
• Du lundi au vendredi,  
de 9h à 12h et de 13h à 16h30

#### **Antenne Aquitaine**

4, rue Eugène et Marc Dulout - Pôle  
Multimodal  
33 600 Pessac  
• Du lundi au jeudi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

#### **Antenne Auvergne Limousin**

8, rue de Billom  
63 000 Clermont-Ferrand  
• Du lundi au jeudi,  
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h

#### **Antenne**

#### **Bourgogne Franche-Comté**

29 bis, rue de l'Arquebuse - 2<sup>e</sup> étage  
21 000 Dijon  
• Du mardi au jeudi,  
de 9h à 12h et de 13h à 16h30

### **Antenne Bretagne**

1, place Maréchal Juin - 1<sup>er</sup> étage  
35 000 Rennes

- Du lundi au jeudi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne Centre**

35, avenue de Paris  
45 000 Orléans

- Du lundi au jeudi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne**

#### **Champagne-Ardenne Picardie**

89, rue Ernest Renan  
51 100 Reims

- Du lundi au jeudi,  
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h

### **Antenne Ile-de-France**

Consultez [Camieg.fr](http://Camieg.fr) pour connaître les permanences proposées.

### **Antenne Languedoc-Roussillon**

10-12, boulevard Victor Hugo  
34 000 Montpellier

- Du mardi au vendredi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne Lorraine**

10, Viaduc Kennedy  
54 000 Nancy

- Du mardi au vendredi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne Midi-Pyrénées**

57, boulevard Lascrosses  
31 200 Toulouse

- Du lundi au vendredi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30  
Fermeture à 16h le vendredi

### **Antenne Nord-Pas-de-Calais**

100-102, rue nationale - 6<sup>e</sup> étage  
59 000 Lille

- Lundi, mardi, jeudi et vendredi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne Normandie**

4, rue de Fontenelle  
76 000 Rouen

- Du lundi au jeudi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne Pays de la Loire**

>adresse susceptible de changer courant 2012

15, quai Ernest Renaud - Les Salorges 1  
44 100 Nantes

- Du lundi au vendredi,  
de 9h à 12h et de 13h à 16h30

### **Antenne Poitou-Charentes**

10, rue des Grandes Écoles  
86 000 Poitiers

- Du mardi au vendredi,  
de 9h à 12h30 et de 13h30 à 16h30

### **Antenne**

#### **Provence-Alpes-Côte d'Azur**

Immeuble Le Noilly-Prat  
146, rue Paradis  
13 006 Marseille

- Du lundi au jeudi,  
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h

### **Antenne Rhône-Alpes**

Le Front du Parc - 1<sup>er</sup> étage  
109, Boulevard Stalingrad  
69 100 Villeurbanne

- Du lundi au jeudi,  
de 8h30 à 12h et de 13h à 16h



La solidarité de tous, la santé de chacun.