

Ordonnance, feuille de soins, décompte... ces documents font partie de votre quotidien de patient et d'assuré social. Quelques informations sont à connaître pour bien se faire rembourser et mieux comprendre les prestations et les montants qui vous sont versés.

LE RELEVÉ DE REMBOURSEMENTS

Votre relevé de remboursements (ou décompte) retrace le versement de vos prestations et le cas échéant fait apparaître certaines retenues venant en déduction des montants perçus. Il est consultable périodiquement sur papier ou, en temps réel, en ligne via votre compte Ameli.

Gratuit et sécurisé, votre compte Ameli vous permet de suivre vos remboursements en temps réel, de bénéficier de services pratiques en ligne (imprimer chez vous votre attestation de droits, demander votre CEAM...), de consulter vos courriers et d'avoir des réponses rapides à vos questions. Pour en savoir plus et/ou ouvrir votre compte Ameli, connectez-vous sur Camieg.fr ou demandez notre mémento dédié à vos conseillers Camieg.

RÉCEPTION DES DÉCOMPTES PAPIER

Vous avez réglé le professionnel de santé et n'avez pas bénéficié du tiers payant :

- si le montant est supérieur à 200€, votre décompte est édité immédiatement et vous parvient sous 8 jours par courrier ;
- sinon vous le recevez sous 1 mois.

Vous avez bénéficié de la dispense d'avance de frais, le relevé de remboursements papier vous est alors adressé sous quatre mois.

Si vous avez ouvert votre compte Ameli, vous consultez en temps réel chaque paiement effectué et continuez périodiquement à recevoir votre décompte par courrier.

LES RETENUES SUR REMBOURSEMENT

La participation forfaitaire et les franchises s'appliquent que vous ayez ou non déclaré un médecin traitant et que vous soyez ou non dans le cadre du parcours de soins. La part complémentaire Camieg et les « contrats responsables » des mutuelles ne remboursent pas ces retenues. Elles restent à votre charge.

FRANCHISE MÉDICALE

C'est une somme déduite des remboursements de médicaments, des actes paramédicaux et des transports sanitaires. Elles s'élevaient à :

- 0,50€ par boîte de médicaments remboursables ;
- 0,50€ par acte paramédical dans la limite de 2€ par jour, pour un même patient et un même professionnel de santé ;
- 2€ par trajet pour les transports médicaux dans la limite de 4€ par jour et par 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. Même en ALD, elle reste à votre charge.

Les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes, pour les examens obligatoires et du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date d'accouchement, en sont exonérés.

PAIEMENT DE CES RETENUES

Elles sont déduites automatiquement du montant de vos remboursements (sur la part de base), elles apparaissent en déduction sur votre relevé de prestations.

Quand vous bénéficiez du tiers payant, les franchises et participations forfaitaires sont 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.

S'il n'est pas possible d'effectuer ces retenues en raison d'un tiers payant permanent, la Camieg vous sollicite par courrier pour vous en demander le remboursement dans un souci d'égalité de traitement entre tous les assurés.

BIEN LIRE VOTRE RELEVÉ DE REMBOURSEMENTS

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

1

vos remboursements de soins							
dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé	organisme complémentaire	
						taux prix	
01 05 18	pour PATRICK né(e) le PARCOURS COORDONNÉ - MÉDECIN TRAITANT GÉNÉRALISTE Sect 1 (G) participation forfaitaire (PFI) n°l 0751 06106 800030 72	25,00	25,00	70%	17,50	50%	7,50
					-1,00		
Exemples de «codes actes» indiquant la nature des soins ou retenues effectuées							
2							
pour votre information							
dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
						taux prix	
01 05 18	pour PATRICK né(e) le PHARMACIE (PH7+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	11,81	11,81	100%	11,81	-0,50	
régulé 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.

Votre relevé de prestations vous permet de suivre le règlement de vos dossiers. Il fait apparaître :

- les paiements Camieg qui vous sont versés (partie « Vos remboursements de soins » de votre relevé 1) ;
- 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 (partie « Pour votre information » de votre relevé 2).

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

COMMENT CALCULER VOTRE REMBOURSEMENT ?

Trois exemples de calcul :

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 à 14 € remboursé à 65 %	-	65 % Soit 14 € x 65 % = 9,10 € - 0,50 € au titre de la franchise médicale = 8,60 €	35 % Soit 14 € x 35 % = 4,90 €	100 % Soit 13,50 € remboursés (franchise déduite)	0,50 € (franchise)
Dentaire : couronne céramo-métallique à 585 €	107,50 €	70 % Soit 107,50 € x 70 % = 75,25 €	425 % Soit 107,50 € x 425 % = 456,88 €	495 % Soit 532,13 € remboursés	52,87 €
Optique : monture adulte à 60 €	2,84 €	60 % Soit 2,84 € x 60 % = 1,70 €	700 % Soit 2,84 € x 700 % = 19,88 € + forfait monture de 15 €	760 % (21,58 € + forfait monture de 15 €) soit 36,58 € remboursés	23,42 €



L'ORDONNANCE DE MÉDICAMENTS

Lorsque votre médecin vous prescrit des médicaments, il vous délivre une ordonnance indiquant précisément le traitement à suivre avec le nom des médicaments, la dose prescrite, le nombre de prises par jour et la durée des traitements.

Rédigée en deux exemplaires, elle vous permet de vous procurer les médicaments nécessaires auprès de votre pharmacien et de vous faire rembourser.

CONSERVEZ L'ORIGINAL DE VOTRE ORDONNANCE

Chez le pharmacien, remettez-lui votre ordonnance. Il vous délivrera alors vos médicaments et indiquera sur l'ordonnance, la date de délivrance, la quantité et le montant total des médicaments délivrés et la part prise en charge.

TIERS PAYANT À LA PHARMACIE

Si vous bénéficiez du tiers payant, le pharmacien conservera le double de l'ordonnance ou en fera une copie et procédera lui-même à son envoi. Sinon, vous devrez envoyer vous-même le double de l'ordonnance à la Camieg avec la feuille de soins papier établie par le pharmacien.

Pour bénéficier du tiers payant, vous devez accepter que votre pharmacien vous délivre des médicaments génériques à la place des médicaments de marque (princeps).

RENOUVELLEMENT DE L'ORDONNANCE

Conservez bien votre ordonnance. Elle sera nécessaire pour procéder au renouvellement si votre médecin l'a indiqué. Votre médecin peut prévoir un renouvellement de la durée de votre traitement par période de un ou trois mois et dans la limite d'un an en l'indiquant sur votre ordonnance.

DURÉE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE

En général, vous avez trois mois maximum après la date de prescription pour vous faire délivrer les médicaments. Au-delà, votre pharmacien ne pourra pas vous remettre vos médicaments.

LA FEUILLE DE SOINS

En cas d'oubli de votre carte Vitale ou si le professionnel de santé que vous consultez n'est pas équipé, il vous remet une feuille de soins papier que vous devrez remplir et adresser à la Camieg.

feuille de soins - médecin

N° 125-41*02

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

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURÉ(E)

numéro de facture (facultatif)

date J J M M A A A A

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'ouïe des frais (à remplir par le médecin)

COMMENT REMPLIR LA FEUILLE DE SOINS ?

Dans la partie haute de la feuille de soins :

Si vous êtes ouvrant droit et avez reçu les soins, inscrivez votre numéro de Sécurité sociale (n° d'immatriculation) et votre adresse.

Si vous êtes ayant droit et avez reçu les soins, indiquez :

- votre nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale (si vous en avez un) ;
- le nom, prénom, numéro de Sécurité sociale et adresse de l'ouvrant droit dont vous dépendez.

La partie basse de la feuille de soins est complétée par le professionnel de santé que vous avez consulté.

Veillez à la bonne lisibilité des informations et n'oubliez pas de signer la feuille de soins avant de l'adresser à : Camieg - 92 011 Nanterre Cedex

COMMENT ÊTRE REMBOURSÉ PLUS RAPIDEMENT ?

Pratique et sûre, privilégiez l'usage de votre carte Vitale. **Elle justifie de vos droits, simplifie vos remboursements de soins et réduit leur délai de traitement.** Il vous suffit de la mettre à jour une fois par an et à chaque changement de situation.

COMBIEN DE TEMPS AI-JE POUR ME FAIRE REMBOURSER ?

Vous disposez d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de vos soins médicaux. C'est ce que l'on appelle la règle de la prescription biennale.

Si vos remboursements concernent une maladie, ce délai court à compter de la date des soins et expire à la fin du même trimestre civil, deux ans plus tard. Par exemple, si vos soins datent du 15 février 2018, vous pouvez faire parvenir votre feuille de soins à la Camieg au plus tard le 31 mars 2020.

Si vos remboursements concernent la maternité, ce délai court à compter de la date de la première constatation médicale de votre grossesse.

LE SAVIEZ-VOUS ?

- Chaque année, la Camieg c'est :
 - 13,6 millions de décomptes payés
 - 579 M€ versés au titre du régime obligatoire et 267 M€ pour le régime complémentaire
- Quand vous, ou le professionnel de santé, transmettez une demande de remboursement à la Camieg, le traitement est de :
 - **4,5 jours pour une feuille de soins électronique** (utilisation de votre carte Vitale)
 - 15 jours maximum pour une feuille de soins papier (à compter de sa réception)

@ Rendez-vous sur Camieg.fr pour télécharger :

- la déclaration de choix du médecin traitant
- la déclaration de perte ou vol de votre carte Vitale

CONTACTS

- Camieg.fr
- **08 06 06 93 00** (service gratuit + prix d'appel)
- **Camieg 92011 Nanterre Cedex**

MIEUX COMPRENDRE

- le relevé de remboursements
- l'ordonnance et la feuille de soins