



Caisse d'Assurance Maladie
des Industries Électriques et Gazières

infos pratiques

MON GUIDE CAMIEG





LA CAMIEG EN BREF

Organisme de droit privé remplissant une mission de service public, la caisse d'assurance maladie maternité des industries électriques et gazières, Camieg, est un organisme de Sécurité sociale qui assure la gestion du régime spécial d'assurance maladie maternité des Industries électriques et gazières (IEG) sous la tutelle de l'État.

Ainsi, la Camieg protège plus de 500 000 bénéficiaires (agents statutaires et assimilés ainsi que les membres de leurs familles), c'est sa raison d'être. Concrètement, elle gère l'affiliation des bénéficiaires ainsi que leurs droits et assure le remboursement des frais engagés dans les soins. Elle agit en amont de la maladie et de ses complications avec une offre de prévention sans cesse enrichie.

Toutes ses missions, la Camieg les mène avec le souci d'assurer la meilleure qualité de service. Elle s'appuie pour cela sur un réseau de proximité qui couvre l'ensemble du territoire avec 12 antennes régionales et l'engagement de plus de 200 collaborateurs. Ensemble, au quotidien, ils font vivre des valeurs d'universalité, de solidarité, de responsabilité et d'innovation.

L'essentiel à retenir



> Votre interlocuteur principal : la Camieg

Vos droits à la Camieg dépendent de votre situation professionnelle. Informez la Camieg en cas de changement.



> Les membres de votre foyer

Vos droits à la Camieg couvrent également les membres de votre foyer sous certaines conditions d'âge, de résidence ou de ressources.

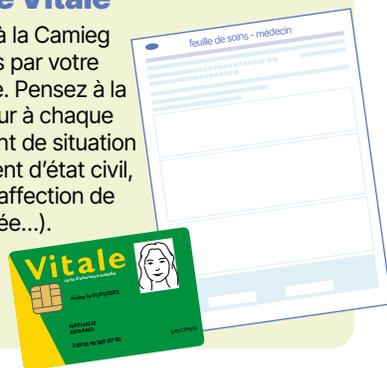
> Priorité au compte Ameli

Le compte Ameli est le canal que la Camieg privilégie pour communiquer avec vous sur vos droits ou vos remboursements. Consultez-le très régulièrement.



> La carte Vitale

Vos droits à la Camieg sont portés par votre carte Vitale. Pensez à la mettre à jour à chaque changement de situation (changement d'état civil, maternité, affection de longue durée...).



> La Camieg ne gère pas les arrêts de travail

N'adressez jamais vos arrêts de travail, vos déclarations de maladie professionnelle ou d'accident de travail à la Camieg. Elle n'est pas compétente pour les traiter.



> Un devis à étudier ?

N'envoyez aucun devis à la Camieg. Ils sont à adresser à votre surcomplémentaire.

SOMMAIRE

Mes services en ligne 5

Mon dossier Camieg 6

Mes droits et ceux de mon foyer

- Mon immatriculation 6
- Mon affiliation 6
- Mes droits 6
- Le rattachement des membres de ma famille à mon dossier 7

Mes évènements de vie

- Vie commune (concubinage, mariage, PACS) 10
- Naissance ou adoption 10
- Divorce 11
- Perte d'un proche 11
- Décès de l'agent statutaire 11

Ma vie professionnelle et les démarches correspondantes

- Je suis en arrêt maladie ou maternité 12
- Je déclare une maladie professionnelle ou un accident du travail 12
- Je déclare une invalidité 12
- Je prends un congé sans solde 12
- Je suis détaché 13
- Je suis expatrié 14
- Je réintègre mon entreprise 14
- Je quitte mon entreprise (rupture de contrat) 14
- Je pars en retraite 15

Mes prestations santé 16

Les remboursements

- Le médecin traitant et le parcours de soins 16
- La carte Vitale 16
- Le devis 17
- La feuille de soins 17
- Les garanties 17
- Le 100 % Santé 18
- Le dispositif Mon soutien psy 18
- Les franchises et participations forfaitaires 19
- Le relevé de remboursements 19
- Le transport pour motif médical 20
- La cure thermale 20
- Les soins à l'étranger 21

L'affection de longue durée (ALD)

- La déclaration d'une ALD 24
- Le renouvellement d'une ALD 24
- Le suivi post-ALD 24

Les prestations spécifiques Camieg 25

La prévention santé 26

Les autres acteurs de ma couverture sociale maladie 27

Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

- La demande d'entente préalable et le protocole de soins 27
- Le programme d'accompagnement au retour à domicile (dispositif Prado) 27
- La demande de médicaments avant un séjour à l'étranger de plus de 30 jours 27
- La demande d'aide financière 27

L'employeur 28

La surcomplémentaire 29

Où envoyer mes documents 30

Contactez la Camieg 31



Camieg.fr

Suivez-nous sur 

Mes services en ligne

Les téléservices Camieg vous permettent de réaliser certaines de vos démarches en ligne, sans avoir à vous déplacer ou affranchir un courrier. Ils sont simples d'utilisation, rapides et accessibles 7 jours/7.

À chaque assuré, un service en ligne adapté.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous le détail des différents services proposés.



Bon à savoir !

Le compte Ameli est également un espace privilégié pour échanger avec les conseillers de la Camieg. Vous avez la possibilité de les solliciter par mail et d'obtenir une réponse sous 48 heures.

	Site internet camieg.fr		Mon compte Ameli
	Espace «Je m'affilie»	Mon espace complémentaire	
Public concerné	Statutaire IEG non encore affilié	Assurés couverts par la Camieg pour la part complémentaire uniquement	Assuré couvert par la Camieg pour les parts obligatoire et complémentaire
Services en ligne	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demander à être affilié à la Camieg ✓ Demander le rattachement des membres de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Éditer une attestation de droits complémentaires ✓ Déclarer un changement d'adresse ✓ Transmettre des documents pour compléter un dossier ✓ Transmettre une demande d'allocation décès ✓ Transmettre une demande de prime layette ✓ Demander la transmission informatique (échange Noémie) de vos décomptes de remboursements de votre organisme de base vers la Camieg ✓ Contester un refus de prolongation des droits au régime complémentaire ✓ Demander le paiement de la part complémentaire sur présentation du décompte de remboursement pour les bénéficiaires n'ayant pas de lien Noémie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Éditer une attestation de droits ✓ Consulter ses relevés de remboursements ✓ Commander et suivre la production de sa carte Vitale ✓ Déclarer la perte de sa carte Vitale ✓ Inscrire un/des enfant(s) sur la carte Vitale de l'autre parent ✓ Déclarer un nouveau-né ✓ Modifier son adresse postale ✓ Modifier ses coordonnées bancaires ✓ Changer son nom d'usage ✓ Demander le remboursement des aliments sans gluten ✓ Commander une carte européenne d'assurance maladie ✓ Déclarer la perte de sa carte européenne d'assurance maladie

Par ailleurs, votre espace Ameli vous permet de recevoir des courriers importants tels que des demandes de pièces justificatives manquantes, des informations sur votre dossier administratif, des notifications de fin de droits ou des réponses à vos interrogations après un courrier ou un appel de votre part. Il est conseillé de consulter fréquemment votre compte Ameli afin de ne manquer aucune communication de la Camieg et de profiter pleinement de nos services en ligne.

Mon dossier Camieg

MES DROITS ET CEUX DE MON FOYER

→ Mon immatriculation

On entend par immatriculation l'attribution d'un numéro de sécurité sociale. Ce dernier est un pré-requis au bénéfice d'une couverture sociale en France.

L'attribution de votre numéro de sécurité sociale ne dépend pas de votre nationalité. Pour l'obtenir, il suffit d'être né en France, d'y travailler ou d'y habiter de façon stable et régulière.

Si vous êtes né à l'étranger, en Nouvelle Calédonie ou à Wallis et Futuna et que vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, des documents complémentaires vous seront réclamés lors de votre affiliation (notamment la copie de l'extrait d'acte de naissance) afin de demander votre immatriculation.

→ Mon affiliation

On entend par affiliation le rattachement administratif à un organisme de sécurité sociale, ici, à la Camieg.

Votre affiliation à la Camieg n'est pas gérée par votre employeur, vous devez vous affilier vous-même en vous rendant sur le site internet camieg.fr rubrique « Je m'affilie ».

La copie de la carte d'identité et le RIB sont les 2 pièces obligatoires et systématiques à transmettre. Selon votre situation d'autres pièces justificatives seront réclamées si vous rattachez des membres de votre foyer à votre dossier.

Lorsque votre affiliation à la Camieg est effective, vos droits sont ouverts rétroactivement à la date de votre embauche.

→ Mes droits

Selon votre situation, la prise en charge de la Camieg peut varier :

Situation professionnelle	Droit Camieg associé
<p>Salarié d'une entreprise relevant du statut national du personnel des industries électriques et gazières en métropole ou dans les DROM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion) ou de la SICAE de Caumarsin</p>	<p>Vous avez l'obligation de vous affilier à la Camieg et vous serez pris en charge pour les parts obligatoire et complémentaire.</p>
<p>Salarié d'une SICAE, d'Électricité de Mayotte (EDM) ou salarié d'EDF résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon</p>	<p>Vous avez l'obligation de vous affilier à la Camieg. Vous êtes affilié à la MSA ou à la CPS pour le régime de base et serez affilié à la Camieg au régime complémentaire uniquement.</p>
<p>Salarié de la convention collective des personnels de la CCAS</p>	<p>L'affiliation auprès de la Camieg est facultative. En cas d'option, vous restez affilié à votre Caisse d'assurance maladie (CPAM) pour la part de base et serez affilié à la Camieg au régime complémentaire uniquement.</p>

Mon dossier Camieg

→ Le rattachement des membres de ma famille à mon dossier

Vous pouvez rattacher votre conjoint(e) ou vos enfants à votre dossier sous conditions de résidence, d'âge et de ressources.

Rattachement sous condition de ressources des conjoints/concubins/pacsés

Les conjoints, concubins, pacsés des salariés, affiliés à un autre régime obligatoire d'assurance maladie peuvent bénéficier des prestations complémentaires relevant de la Camieg sous conditions de résidence et de ressources : [justifier de ses ressources \(camieg.fr\)](#).

Les droits sont accordés pour une année civile :

- lors de votre affiliation à partir de l'espace dédié sur le site [camieg.fr](#), vous devrez déclarer les membres de votre famille à rattacher en ligne depuis le téléservice « *Je m'affilie* » et transmettre les pièces demandées lors de votre navigation ;
- si la demande de rattachement est réalisée après votre affiliation effective à la Camieg, elle devra être faite en ligne (site [camieg.fr](#)) ou par courrier en complétant la [Demande de rattachement des membres de la famille au régime complémentaire d'assurance maladie des IEG](#) et en joignant les documents mentionnés au verso du formulaire. L'ensemble sera à envoyer à Camieg - 92011 Nanterre Cedex.



OUVERTURE DE DROITS

Lors de la première demande, les conjoints, concubins, pacsés des salariés **doivent notamment joindre la copie des deux derniers avis d'imposition**. Les droits complémentaires sont ouverts pour une année civile sur la base de l'examen des revenus de l'année N-2.

La date de début d'attribution des droits est la date de la demande. L'année suivante, vous n'avez pas de démarche à effectuer.

La Direction générale des finances publiques (DGFiP) communique vos ressources à la Camieg à l'automne pour examen de vos droits pour l'année suivante.

- Si les droits au régime complémentaire du bénéficiaire sont renouvelés, la Camieg vous transmet en fin d'année une attestation de droits complémentaires valable jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit. Cette attestation est téléchargeable sur [Mon espace complémentaire Camieg](#)
- Si les droits au régime complémentaire ne sont pas renouvelés, le bénéficiaire reçoit une notification de fin de droits sur son compte Ameli s'il en possède un, sinon par courrier.
- Chaque automne, la Camieg sollicite uniquement les personnes pour lesquelles les services des impôts ne peuvent pas communiquer les revenus. Les bénéficiaires concernés peuvent transmettre les pièces justificatives demandées via [Mon espace complémentaire Camieg](#)

Conformément à l'article D.911-2 du code la sécurité sociale, l'affiliation au régime complémentaire de la Camieg dispense de l'adhésion à la complémentaire santé collective et obligatoire des entreprises hors IEG.

Mon dossier Camieg

Rattachement des enfants mineurs (enfants à charge)

L'enfant mineur peut être rattaché au dossier de son parent et bénéficier de la même prise en charge que son parent ressortissant de la Camieg.

Il reste affilié à la Camieg jusqu'à ses 24 ans s'il est sans activité ou étudiant.

Lorsqu'ils résident dans un état hors UE-EEE-Suisse, les enfants de pensionnés IEG sont affiliés jusqu'à leurs 18 ans.

Si son rattachement est demandé lors de votre affiliation, vous devez :

- compléter le formulaire de rattachement en ligne depuis le site camieg.fr ;
- transmettre la liste des pièces indiquées lors de la navigation.

Si la demande de rattachement est réalisée après votre affiliation effective à la Camieg, elle devra être faite en ligne (site camieg.fr) ou par courrier en complétant le formulaire suivant en complétant la [Demande de rattachement des enfants à un ou deux parents](#) accompagnée des pièces mentionnées au verso à Camieg - 92011 Nanterre Cedex.



Bon à savoir !

- ▶ **À 18 ans votre enfant est autonomisé.** Cela veut dire qu'il sera reconnu à la Camieg sous son propre numéro de sécurité sociale, pourra ouvrir son propre compte Ameli et se faire rembourser sur son propre compte bancaire s'il fournit son RIB.
- ▶ **Cas des enfants apprentis ou alternants** (voir page suivante).
- ▶ **Aux 24 ans de votre enfant à charge ?** Votre enfant à charge est couvert pour les parts obligatoire et complémentaire jusqu'au dernier jour du mois de ses 24 ans :
 - six mois avant ses 24 ans, votre enfant est invité à se rattacher au régime général pour sa couverture de base afin d'éviter toute rupture de droit ;
 - lors de sa mutation vers le régime général, il est automatiquement couvert par la Camieg pour la part complémentaire sans démarche ni condition jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 24 ans ;
 - il pourra ensuite être pris en charge pour la part complémentaire Camieg sous conditions de ressources jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 26 ans.

RATTACHEMENT AUX DEUX PARENTS

Les enfants de moins de 16 ans peuvent être inscrits sur la carte Vitale de leurs deux parents sur simple demande :

- pour sa couverture maladie, un enfant peut être rattaché à ses deux parents. Ces derniers doivent alors déclarer celui qui sera titulaire du rattachement principal sur le formulaire de rattachement. Cette décision permettra notamment de savoir à quel numéro de sécurité sociale (père ou mère) sera associée la future carte Vitale de l'enfant à partir de 16 ans (12 ans si les parents la commandent sur Ameli) et tant qu'il ne sera pas assuré par lui-même ;
- il est possible d'inscrire l'enfant sur la carte Vitale de l'autre parent à partir du compte Ameli du parent qui a déjà l'enfant sur sa carte Vitale. Rendez-vous sur votre compte Ameli dans la rubrique :

Mes démarches > « *Inscrire votre enfant sur la carte Vitale de l'autre parent* ».



Mon dossier Camieg

Rattachement des enfants majeurs (jusqu'à 26 ans – sans limite d'âge si situation de handicap)

L'enfant majeur affilié à titre personnel à un autre régime obligatoire d'assurance maladie peut bénéficier du régime complémentaire Camieg sous condition de ressources jusqu'à ses 26 ans :

[Justifier de ses ressources \(camieg.fr\)](#)

Si son rattachement est demandé lors de votre affiliation, vous devez :

- Compléter le formulaire de rattachement en ligne depuis le site de la Camieg.fr.
- Transmettre la liste des pièces indiquées lors de la navigation.

Si son rattachement est demandé après votre affiliation, vous pouvez compléter puis adresser le formulaire [Demande de rattachement des membres de la famille au régime complémentaire d'assurance maladie des IEG](#) accompagné des pièces mentionnées au verso à Camieg - 92011 Nanterre Cedex



ET APRÈS LES 24 ANS DE L'ENFANT ?

- Lorsque votre enfant doit s'affilier à un autre régime obligatoire d'assurance maladie à l'âge de 24 ans, il continue à bénéficier du régime complémentaire sans aucune démarche en qualité d'ayant droit sous condition de ressources pour l'année suivante. Ses revenus seront contrôlés l'année qui suit, en lien direct avec la Direction générale des finances publiques.
- Si votre enfant est en contrat d'apprentissage ou en alternance dans une entreprise, il est affilié à titre personnel auprès du régime d'assurance maladie de son secteur d'activité pour la prise en charge de ses frais de santé du régime obligatoire et des prestations en espèces (indemnités journalières). À la fin de son contrat d'apprentissage, il conserve la prise en charge de ses frais de santé par l'organisme qui s'en occupait jusqu'alors. Il peut ensuite continuer à bénéficier du régime complémentaire Camieg sous condition de ressources jusqu'à l'année de ses 26 ans.
- L'âge limite de 26 ans ne s'applique pas pour les enfants célibataires médicalement reconnus en situation de handicap avant leurs 21 ans avec un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %. L'enfant peut alors être couvert pour la part complémentaire Camieg au-delà de l'âge de 26 ans toujours sous condition de ressources.
- Chaque automne, la Camieg sollicite uniquement les personnes pour lesquelles les services des impôts ne peuvent pas communiquer les revenus. Les bénéficiaires concernés peuvent transmettre les pièces justificatives demandées via Mon espace complémentaire Camieg
- Votre enfant majeur est salarié : conformément à l'article D.911-2 du code la sécurité sociale, l'affiliation au régime complémentaire de la Camieg dispense de l'adhésion à la complémentaire santé collective et obligatoire des entreprises hors IEG.

Mon dossier Camieg

MES ÉVÈNEMENTS DE VIE

→ Vie commune (concubinage, mariage, PACS)

Lorsque vous démarrez une vie à deux, votre conjoint peut prétendre au bénéfice de la couverture complémentaire Camieg sous condition de ressources (voir page 7).

vos grossesses ou non, seront pris en charge au titre de l'exonération maternité.

Pour en savoir plus, consultez le mémento [La maternité](#)

→ Naissance ou adoption

Pour obtenir la modification et le suivi de vos droits, vous devez déclarer votre grossesse à la Camieg avant la fin du 3^e mois de grossesse.

Lors de la première consultation, le professionnel de santé (médecin ou sage-femme) confirme votre grossesse et effectue la déclaration de votre grossesse :

- en ligne : à l'aide de votre carte Vitale ou avec votre numéro de Sécurité sociale, il remplit la déclaration de votre grossesse et la télétransmet directement à la Camieg et à votre Caisse d'allocations familiales (CAF) ;

ou

- sur formulaire papier : il le complète et vous remet un document intitulé « Premier examen prénatal ». Il est indispensable que la date de l'examen, la date présumée de début de grossesse et d'accouchement soient bien renseignées et lisibles. Elles déterminent la nature et la durée de vos droits. Le feuillet rose du formulaire est à transmettre à l'adresse suivante : Camieg - 92 011 Nanterre Cedex. Joignez au courrier les feuilles de soins des examens médicaux et de laboratoire prescrits dans le cadre de votre grossesse.

À partir du 6^e mois de grossesse, l'ensemble des soins prescrits, les frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses, d'examens de laboratoire et d'hospitalisation concernant



LE GUIDE MATERNITÉ

Dès réception de votre déclaration de grossesse, la Camieg vous envoie votre guide maternité qui comporte des informations sur votre suivi et le calendrier de vos examens médicaux. Dès réception de votre guide maternité, pensez à mettre à jour votre carte Vitale pour une prise en charge conforme à vos droits.

Pour préparer l'arrivée de votre enfant, la Camieg participe aux frais de layette. Cf. page 25 prestations spécifiques Camieg. Dès réception de la déclaration de naissance ou du jugement d'adoption d'enfants âgés de moins de 3 ans, la Camieg vous envoie votre memento [L'enfance](#)



Mon dossier Camieg

→ Divorce

En cas de divorce, votre ex-conjoint, s'il est couvert sous condition de ressources pour la part complémentaire Camieg, bénéficie de ses droits jusqu'au 31 décembre de l'année de la séparation.

→ Perte d'un proche

Pour vous aider dans ce moment difficile, la Camieg participe aux frais d'obsèques sur demande.

Cf. page 25 prestations spécifiques Camieg

Pour en savoir plus, consultez le mémento [Perte d'un proche](#).

→ Décès de l'agent statutaire

En cas de décès de l'agent statutaire IEG, la Camieg est informée du décès consécutivement à la déclaration faite à la mairie du lieu de décès. L'acte de décès n'est à adresser à la Camieg que si le décès intervient hors de France. La Camieg ne participe pas aux frais d'obsèques.

La carte Vitale du défunt (sauf s'il existe des ayants droit ne possédant pas leur propre carte Vitale) doit être retournée à la Camieg.



LA PENSION D'ORPHELIN OU DE RÉVERSION

L'enfant ou le conjoint qui remplit les conditions pour percevoir une pension d'orphelin ou de réversion de la caisse nationale des industries électriques et gazières devient lui-même assuré de la Camieg à condition de faire valoir ses droits en envoyant :

- La notification d'attribution de sa pension CNIEG comportant la date d'effet ;
- La copie recto verso de sa carte nationale d'identité ou de son titre de séjour (ou de son récépissé en cours de validité) ;
- Un relevé d'identité bancaire ou postal à ses nom et prénom avec mention de son numéro de sécurité sociale ;
- L'attestation de droits du régime obligatoire d'assurance maladie dont il dépend (si différent de la Camieg)

À : Camieg, 92011, NANTERRE CEDEX

Si le bénéficiaire de la pension de réversion ou d'orphelin était déjà assuré à la Camieg car rattaché au dossier de l'ouvrant droit décédé, ses droits perdurent à condition d'envoyer à la Camieg la notification d'attribution de pension ainsi qu'un relevé d'identité bancaire à ses nom et prénom.

Bon à savoir :

En faisant valoir ses droits à la Camieg, le bénéficiaire d'une pension de réversion ou d'orphelin en activité peut demander à être exonéré de cotisation de sa mutuelle d'entreprise. Sur demande, les enfants du pensionné de réversion (non titulaires d'une pension d'orphelin) peuvent bénéficier de la part complémentaire (si couverture de la part obligatoire par un autre régime), des deux parts sinon.



Mon dossier Camieg

MA VIE PROFESSIONNELLE ET LES DÉMARCHES CORRESPONDANTES

→ Je suis en arrêt maladie ou maternité

N'adressez aucun document à la Camieg qui n'est pas compétente en matière de prestations en espèce (indemnités journalières), renseignez-vous auprès de votre employeur sur les démarches à réaliser.

→ Je déclare un accident du travail ou une maladie professionnelle

Lorsque vous êtes victime d'un accident de travail, de trajet ou développez une maladie professionnelle, n'adressez aucun document à la Camieg qui n'est pas compétente en la matière. Renseignez-vous auprès de votre employeur pour connaître les démarches à réaliser.

→ Je déclare une invalidité

La Camieg n'est pas compétente en matière d'invalidité, l'organisme compétent est la Cnieg.

Quelle que soit la catégorie d'invalidité, vous bénéficiez des mêmes droits et prestations à la Camieg.

→ Je prends un congé sans solde

Pour connaître les impacts spécifiques de chaque congé sur vos droits, **référez-vous à ce tableau.**



Bon à savoir !

Les membres de la famille à charge peuvent bénéficier de la même durée de maintien de droits que le statutaire.

Situation	Ce que fait la Camieg
Congé individuel de formation non rémunéré	Droits pendant la période du congé
Congé sans solde pour fonctions politiques ou syndicales	Droits durant la durée du congé sauf pour les mandats électifs (maire de communes, président et vice-président de conseil général ou régional, des établissements publics de coopération intercommunale, ou des districts ou des communautés de ville)
Congé sans solde pour convenances personnelles	Droits maintenus limités à douze mois maximum – rattachement à un autre régime d'assurance maladie à prévoir à l'issue des douze mois
Congé sabbatique	Droits maintenus limités à douze mois maximum – rattachement à un autre régime d'assurance maladie à prévoir à l'issue des douze mois
Congé sans solde pour création d'entreprise	Droits maintenus limités à douze mois maximum – rattachement à un autre régime d'assurance maladie à prévoir à l'issue des douze mois
Disponibilité pour élever un enfant âgé de moins de 8 ans	Droits jusqu'au 3 ^e anniversaire de l'enfant. Si le congé se déroule après les 3 ans de l'enfant, droits maintenus limités à douze mois maximum
Mobilité volontaire Sécurisée	Droits maintenus limités à douze mois maximum – rattachement à un autre régime d'assurance maladie à prévoir à l'issue des douze mois



Mon dossier Camieg

→ Je suis détaché

Le détachement en entreprise hors IEG en France

Lorsque vous quittez temporairement votre emploi dans les IEG dans le cadre d'un détachement pour exercer une activité en France dans un organisme ou dans une entreprise dont l'activité est sans lien avec les IEG, vous ne relevez plus du statut national du personnel des IEG.

Démarches:

Engagez les démarches d'affiliation dans les meilleurs délais auprès du nouvel organisme obligatoire d'assurance maladie dont vous relevez.

En cas de réintégration à l'issue de votre détachement, nous n'avez rien à faire. Votre employeur informe la Camieg qui ouvre vos droits de nouveau.

Si vous ne réintégrez pas les IEG, vous pouvez bénéficier d'un maintien de droits à la Camieg à partir de la date de fin de votre contrat de travail jusqu'à votre rattachement à votre nouvel organisme obligatoire d'assurance maladie, dans la limite d'un an maximum.

Le détachement à l'étranger

Vous partez exercer votre activité professionnelle de manière temporaire sur le territoire d'un autre pays dans le cadre d'un détachement.

Vous pouvez choisir de rester couvert par la Camieg en informant votre employeur de votre souhait. Il s'agit du système de l'option. Dans ce cas, des cotisations continueront à vous être prélevées et vos droits seront inchangés.

Démarches:

En cas de changement de résidence: signalez votre changement d'adresse auprès de la Camieg.

À votre demande en tant que salarié détaché (optant ou non optant), si vous souhaitez vous inscrire auprès de l'organisme local du pays de détachement, la Camieg vous adresse le formulaire d'inscription:

- **Vous êtes détaché dans un pays de l'UE-EEE-Suisse**, il s'agit du formulaire S1 à remettre à l'organisme compétent du pays d'accueil pour les soins reçus dans ce dernier.
- **Vous êtes détaché dans un pays sous convention prévoyant la prise en charge des soins reçus sur son territoire par l'organisme d'assurance maladie**, il s'agit d'un formulaire spécifique propre à chaque convention à remettre à l'organisme compétent du pays d'accueil pour les soins reçus dans ce dernier.
- **Vous êtes détaché dans un pays d'accueil n'ayant pas signé de convention bilatérale de sécurité sociale avec la France**, vous êtes affilié à la fois au régime français et au régime local. Dans certains pays, les soins peuvent être très chers; il peut être recommandé de souscrire un contrat d'assurance santé spécifique pour garantir leur remboursement.



Bon à savoir !

- Si vous devez avancer les frais médicaux et que vous n'avez pas demandé le remboursement sur place, envoyez les factures acquittées et justificatifs de paiement accompagnés de la [déclaration de soins reçus à l'étranger](#) à Camieg 92011 NANTERRE CEDEX.
- Si vous résidez toujours en France, vous pouvez demander la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) auprès de la Camieg pour la prise en charge de vos frais de santé dans les États membres de l'UE/EEE.

Mon dossier Camieg

→ Je suis expatrié

Si vous partez exercer votre activité professionnelle dans un autre pays et que vous n'êtes pas sous le régime du détachement, vous êtes considéré comme expatrié et relevez obligatoirement du régime local du pays où vous travaillez.

Démarche :

Signalez votre changement de résidence auprès de la Camieg depuis le service en ligne Ameli ou par courrier si vous n'avez pas de compte Ameli.



Bon à savoir !

Vous et les membres de votre famille ne relevez plus de la Camieg. Cependant, vous avez la possibilité de choisir de continuer à bénéficier du régime de l'Assurance maladie française pour vos soins reçus partout dans le monde y compris en France en adhérant à la Caisse des Français de l'étranger (CFE). Les prestations de la CFE ne seront pas augmentées des prestations de la Camieg au titre de la part complémentaire.

→ Je réintègre mon entreprise

Si vous terminez votre mission professionnelle et que vous réintégrez votre entreprise IEG en France, vous n'avez aucune démarche à effectuer. Votre employeur informe la Camieg qui procède ensuite à la mise à jour de votre dossier et à la réouverture de vos droits.

Une fois votre dossier actualisé vous devez mettre à jour votre carte Vitale, les frais de santé engagés peuvent vous être remboursés de manière rétroactive à partir de la date de votre réintégration.

→ Je quitte mon entreprise (rupture de contrat)

Vous quittez votre entreprise IEG à votre propre initiative ou à celle de votre employeur. Il y a rupture du contrat de travail



DEMANDE DE MUTATION AUPRÈS DE LA CPAM

Vous devez engager les démarches d'affiliation auprès de la CPAM du département de votre domicile, en adressant un formulaire [Demande de mutation](#) complété et accompagné des pièces justificatives qu'il mentionne. Vous disposez d'un délai d'un an maximum pour réaliser cette démarche, période transitoire durant laquelle un maintien de droits au régime spécial d'assurance maladie et maternité de la Camieg vous est accordé afin de procéder à votre rattachement dans un autre régime. À l'issue de ce délai, si le changement d'affiliation n'a pas été réalisé, la Camieg procède à la fermeture des droits et à l'invalidation de la carte Vitale. La Camieg vous envoie la notification de maintien de droits sur votre compte Ameli si vous en possédez un, par courrier dans le cas contraire.

Démarches :

Engagez les démarches d'affiliation dans les meilleurs délais auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence.



Mon dossier Camieg

→ Je pars en retraite

Lorsque vous partez à la retraite et que vous percevez une pension au titre d'au moins quinze années d'ancienneté au statut IEG, vous êtes affilié ou réaffilié (si votre dernier employeur est hors IEG et que vous demandez votre réaffiliation) à la Camieg. L'ancienneté dans le régime des IEG est évaluée par la Cnieg qui transmet cette information à la Camieg.



QUEL DROIT CAMIEG PENDANT VOTRE RETRAITE ?

- **Si vous êtes salarié d'une SICAE** et que vous percevez une pension de retraite servie par la Cnieg au titre d'au moins quinze ans d'ancienneté, et que vous étiez précédemment affilié à la MSA, vous serez repris en gestion par la Camieg au titre des régimes obligatoire et complémentaire. La Camieg vous informera par courrier déposé sur votre compte Ameli si vous en possédez un, par voie postale sinon.
- **Si vous êtes salarié conventionné de la CCAS** et que vous demandez la liquidation de votre pension de retraite, vous pouvez bénéficier du régime complémentaire de la Camieg à condition d'exercer une option écrite et datée dans les 90 jours qui suivent votre date de départ à la retraite. Votre employeur peut faire la déclaration d'option directement via la DSN. S'il ne la fait pas, vous pouvez compléter le [formulaire d'option](#) disponible sur le site camieg.fr et l'envoyer à Camieg, 92011 Nanterre cedex.
- **Si vous reprenez une activité professionnelle** (cumul emploi retraite), vous serez affilié au régime de base dont relève votre activité mais continuerez à bénéficier du régime complémentaire de la Camieg.
- **Si vous avez moins de 15 ans d'ancienneté**, vous pouvez bénéficier d'un maintien de droits à la Camieg à compter de la date de fin de votre contrat de travail jusqu'à la date de rattachement à votre nouvel organisme obligatoire d'Assurance maladie, dans la limite d'un an maximum.

Mes prestations santé

LES REMBOURSEMENTS

→ Le médecin traitant et le parcours de soins

Pour être bien remboursé, pensez à déclarer un médecin traitant et à respecter le parcours de soins coordonnés.

Votre médecin traitant joue un rôle essentiel en ce qui concerne votre suivi médical ; il vous oriente dans ce parcours et vous met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé.

Pour ce faire il peut vous remettre une lettre de recommandation qui permet au spécialiste de comprendre la raison de votre visite et les antécédents médicaux pertinents.

Le remboursement de vos consultations médicales varie selon que vous soyez dans un parcours de soins ou non. Dans le cadre d'un parcours de soins défini par votre médecin traitant, vous êtes mieux remboursé que si vous êtes hors parcours de soins.

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter :

- un pédiatre (les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés) ;
- un dentiste et un stomatologue (sauf pour les actes chirurgicaux lourds) ;
- un gynécologue (pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse) ;
- un ophtalmologue (pour la prescription et le renouvellement de verres correcteurs ou de lentilles de contact, pour le dépistage et suivi du glaucome) ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre pour les moins de 25 ans.

Dans ces situations, vous êtes remboursé conformément au tableau des garanties sans avoir à être orienté par votre médecin.

Pour plus d'informations, consultez le [memento Parcours de soin](#)



LA DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Votre médecin peut se télé-déclarer « médecin traitant » à l'aide de votre carte Vitale à votre demande lors d'une consultation. C'est plus simple et plus rapide !
- Tout assuré social de 16 ans et plus est invité à déclarer un médecin traitant pour l'accompagner dans son parcours de soins.
- Depuis mars 2017, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans. Toutefois il n'y a pas de pénalité sur le remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés avant 16 ans.

→ La carte Vitale

La carte Vitale atteste des droits de son titulaire à un régime de protection sociale et auprès d'une caisse de rattachement (ex. régime spécial des IEG auprès de la Camieg).

Les agents statutaires IEG (hors SICAE, conventionnés CCAS et médecins contractuels) sont bénéficiaires de la Camieg pour la part de base (régime obligatoire) et la part complémentaire : pour ces assurés les deux parts sont portées par la carte Vitale qui sert de justificatif auprès des professionnels de santé.

Présentez-la pour être plus vite remboursé !

En utilisant votre carte Vitale le professionnel de santé transmet votre feuille de soins de manière dématérialisée et sécurisée.

Pour plus d'informations, consultez le [memento Carte Vitale](#)



Mes prestations santé



LA CARTE VITALE, ALLIÉE DE VOS REMBOURSEMENTS

Mettez à jour votre carte Vitale annuellement et à chaque changement de situation. Votre carte Vitale permet également à la Camieg de payer directement le professionnel de santé pour tout ou partie des frais ; c'est ce qu'on appelle le tiers payant ou la dispense d'avance des frais. Ainsi, vous n'avancez pas de frais sur la part des soins remboursés par la Camieg (part de base et/ou part complémentaire). Pensez à réaliser toutes les démarches de gestion de votre carte Vitale depuis votre compte Ameli, c'est facile et rapide.

Cf. page 5 sur les téléservices

+ d'info sur [Carte Vitale \(camieg.fr\)](http://Carte Vitale (camieg.fr))

Comment compléter la feuille de soins ?

- Vous êtes la personne recevant les soins, vous indiquez votre numéro de sécurité sociale.
- La personne recevant les soins est votre enfant mineur, vous indiquez :
 - ses nom et prénom
 - votre numéro de sécurité sociale
 - la date de naissance
 - Puis en dessous de « **ASSURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré) », vos nom et prénom
 - La signature de la feuille de soin est obligatoire ; elle vous sera renvoyée sans cela.

→ Les garanties

Pour la maladie et la maternité, les remboursements de la Camieg sont composés d'une part de base et d'une part complémentaire, toutes deux obligatoires et légales.



→ Le devis

La Camieg n'étudie aucun devis. Ils sont à adresser à votre organisme de surcomplémentaire, à savoir Énergie mutuelle, Solimut ou Roederer qui pourra vous renseigner sur le niveau de prise en charge correspondant. Si vous ne bénéficiez pas d'une surcomplémentaire ; référez-vous au [tableau des garanties Camieg](#).

→ La feuille de soins

Si vous n'avez pas votre carte Vitale ou si le professionnel de santé rencontre un problème informatique, il établit une feuille de soins papier. Il y mentionne le nom et le prénom du patient, les actes, le montant, précise l'éventuel bénéfice d'un tiers-payant et signe la feuille.



Bon à savoir !

Pour les soins médicalement prescrits, n'envoyez pas une facture seule, mais une feuille de soins dûment complétée avec l'ordonnance. Seules les factures de lentilles hors nomenclature (dites HN ou NR) peuvent être remboursées sans prescription médicale, dans la limite des garanties Camieg.

Mes prestations santé

Certains assurés (salariés SICAE, CCAS, électricité de Mayotte) bénéficient de la part complémentaire seule, la Camieg intervenant pour compléter le remboursement de l'organisme de base (CPAM, MSA, ...) dans la limite de ses garanties.

Chaque acte médical est soumis à une tarification de base appelée tarif conventionné, le reste à charge pour l'assuré étant appelé « ticket modérateur ». Ce barème est utilisé par la Camieg pour calculer les remboursements dus aux assurés. Cependant, il arrive qu'un médecin généraliste ou un spécialiste vous facture au-delà du tarif conventionné, c'est ce que l'on appelle le dépassement d'honoraires.

La Camieg, dans le cadre des prestations servies, couvre le ticket modérateur et l'éventuel dépassement d'honoraires dans la limite de ses garanties.



Bon à savoir !

En cas d'hospitalisation, la Camieg n'intervient pas sur le forfait journalier, la chambre particulière, le lit accompagnant ou les suppléments pour confort personnel (téléphone, télévision, connexion internet, ...). Vos factures peuvent être prises en charge par la surcomplémentaire (Énergie Mutuelle, Solimut ou Roederer).

+ d'info sur
[la page hospitalisation du site camieg.fr](#)

Focus sur les dépassements d'honoraires lors d'un séjour hospitalier

La Camieg peut prendre en charge les dépassements d'honoraires dans le cadre d'un séjour hospitalier. Un séjour hospitalier implique une hospitalisation complète en établissement de santé (ou en hôpital de jour dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire), que ce soit en secteur public ou privé.

Consultez le [tableau des garanties Camieg](#) pour connaître les prises en charge et comprendre vos remboursements.

→ Le 100 % Santé

Il s'agit d'une offre de soins prise en charge à 100 % pour tous les Français dans les domaines de l'audition, de l'optique et du dentaire après remboursement de l'Assurance maladie et des complémentaires. Retrouvez le détail des "paniers" dans le [tableau de garanties](#).



Bon à savoir !

Un devis ou une proposition de soins dans le cadre du 100 % santé n'est à envoyer ni à la Camieg (qui ne traite aucun devis) ni à votre surcomplémentaire : les soins seront remboursés automatiquement par télétransmission à l'aide de votre carte Vitale.

+ d'info sur
[la page 100 % Santé du site camieg.fr](#)

→ Le dispositif Mon soutien psy

Il s'agit d'un dispositif qui facilite l'accès à un accompagnement psychologique.

Vous souffrez de troubles anxieux ou de troubles dépressifs ? De troubles du comportement alimentaire ? Vous souhaitez consulter un psychologue ?

Avec le dispositif « Mon soutien psy », vous pouvez bénéficier du remboursement de 12 séances d'accompagnement psychologique par an.



Mes prestations santé

Pour bénéficier de ce dispositif, il faut :

- être âgé d'au moins 3 ans et présenter des troubles légers à modérés (anxiété, déprime, angoisse, problème de consommation de tabac, alcool ou cannabis, trouble du comportement alimentaire),
- s'adresser à un psychologue conventionné.

Le remboursement en pratique

Le psychologue complète et vous transmet, après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances (selon votre choix), la feuille de soins avec les soins payés.

Afin d'être remboursé, vous transmettez à la Camieg, la feuille de soins accompagnée du courrier d'adressage de votre médecin. Lors du premier envoi de la feuille de soins correspondant à l'entretien d'évaluation, vous devez obligatoirement joindre le courrier d'adressage du médecin.



Bon à savoir !

Dans le cadre de ce dispositif, le psychologue vous facture les séances aux tarifs de 50 € pour l'entretien d'évaluation pour la première séance et 40 € pour les séances de suivi. Aucun dépassement n'est possible (tout est entièrement pris en charge par la Camieg). Chaque séance doit être réalisée à une date distincte de la précédente. La Camieg ne rembourse pas si plusieurs séances sont effectuées à une même date.

→ Les franchises et participations forfaitaires

Ces sont des montants fixes prélevés sur certains remboursements. Ils ne sont pas remboursables et restent à votre charge sauf exceptions pour :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement ;
- les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- les mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental ;
- les victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Ces deux mécanismes visent à responsabiliser les assurés et contribuent à la sauvegarde de notre système de santé. Ils ont donc un impact direct sur le montant des remboursements de soins de santé et peuvent augmenter le reste à charge. Pour plus d'information sur les franchises et participations forfaitaires, consultez la page « [Retenues sur remboursement](#) » du site [camieg.fr](#).

→ Le relevé de remboursements

Les relevés de remboursements (ou décomptes) sont accessibles en temps réel sur votre compte Ameli rubrique "Mes documents". Ils sont également envoyés par voie postale tous les 126 jours (ou 8 jours après une prestation dont le montant restant à votre charge est égal ou supérieur à 200 euros).

La Camieg a développé [des supports](#) pour vous aider à comprendre ces documents, ils sont accessibles sur son site internet.

Mes prestations santé

→ Le transport pour motif médical

La prise en charge des frais de transport par les caisses d'assurance maladie nécessite la délivrance d'une prescription médicale rédigée **avant le transport**. C'est le médecin prescripteur qui, s'il estime que votre situation le justifie, détermine le mode de transport adapté à votre état de santé.

Dans quels cas vos frais de transport sont-ils pris en charge ?

- Transport lié à une hospitalisation ;
- Transport pour soins en lien avec votre Affection longue durée (ALD) si le patient ne peut se déplacer seul ;
- Transport lié à un état qui nécessite d'être allongé ou sous surveillance ;
- Transport de plus de 150 km ;
- Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins de 4 au cours d'une période de 2 mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km ;
- Transport pour une convocation au service du contrôle médical de l'Assurance Maladie, à une commission régionale d'invalidité, par un expert médical, pour une consultation médicale d'appareillage ou chez un fournisseur d'appareillage ;
- Transport vers un Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ou Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ;
- Transport pour soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (le transport n'est pas pris en charge par la Camieg mais par la Cpm du lieu d'implantation de votre employeur).

Si votre transport ne rentre pas dans ces cas, il ne sera pas remboursé même s'il est prescrit par un médecin.

L'accord préalable

Demandez un accord préalable pour les transports de plus de 150 km, en série, en avion/bateau, et liés aux soins et traitements des enfants et adolescents vers les CAMSP et les CMPP.

Comment demander un accord préalable ?

Votre médecin vous remet une demande d'accord préalable qui vaut prescription. Complétez-la et envoyez-la au médecin-conseil de l'échelon Local du service médical de votre département. L'absence de réponse sous 15 jours vaut accord. En cas de refus, vous recevez un courrier de la Camieg.

Documents nécessaires pour le remboursement

- Pour un transporteur sanitaire/taxi conventionné : prescription médicale + facture.
- Pour les frais afférents à un véhicule personnel/les transports en commun : [formulaire de demande](#) + prescription médicale + justificatifs de dépenses.



Bon à savoir !

L'utilisation d'un taxi non conventionné n'est pas remboursée. Consultez la liste des taxis conventionnés sur ameli.fr.

Pour plus d'informations, consultez [la page dédiée aux transports pour motif médical](#) du site camieg.fr

→ La cure thermale

Pour donner lieu à un remboursement, une cure thermale doit être motivée par une des affections ou pathologies suivantes :

- Affections des muqueuses bucco-linguales ;
- Affections digestives ;
- Affections psychosomatiques ;
- Affections urinaires ;
- Dermatologie ;
- Gynécologie ;
- Maladies cardio-artérielles ;
- Neurologie ;
- Phlébologie ;
- Rhumatologie ;
- Troubles du développement chez l'enfant ;
- Voies respiratoires.



Mes prestations santé

Pour la prise en charge de votre cure, vous devez adresser à la Camieg (92011 Nanterre cedex) le questionnaire de demande de prise en charge de la cure dûment complété et signé par vous et votre médecin accompagné de la déclaration de ressources et des justificatifs correspondants.

Après étude de votre demande, vous recevez la "prise en charge administrative de cure thermique et facturation" qui atteste de l'accord de prise en charge de votre cure thermique. Celle-ci se compose de deux ou trois volets selon vos ressources.

- **Le volet 1 « Honoraires médicaux »** est destiné au médecin thermal qui vous suit pendant votre cure thermique. Il s'agit du forfait de surveillance médicale ;
- **Le volet 2 « Forfait thermal »** concerne les soins et traitements de la cure. Dès votre arrivée, remettez ce volet à l'établissement thermal qui vous reçoit, cela vous dispense de l'avance des frais, vous ne paierez que le ticket modérateur ;
- **Le volet 3 « Frais de transport et hébergement »** (sous conditions de ressources) est à transmettre à la Camieg dès votre retour de cure.



Bon à savoir !

L'avis de l'échelon local du service médical de votre département est obligatoire lorsqu'il s'agit d'une cure avec hospitalisation, à l'étranger et d'une cure devant s'effectuer dans deux stations thermales différentes pour cause d'orientations thérapeutiques non effectuables dans une seule station. Une cure interrompue ne peut donner lieu à remboursement, sauf en cas de force majeure ou pour raison médicale.

Pour plus d'information, consultez [la page dédiée aux cures thermales](#) du site internet [camieg.fr](#)

→ Les soins à l'étranger

La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Vous vous rendez au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ou au Royaume-Uni dans le cadre d'un séjour touristique.

Demandez votre Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) au plus tard 20 jours avant votre départ. Elle atteste de vos droits à l'Assurance maladie française et garantit une prise en charge des soins dans le pays de séjour dans les mêmes conditions qu'un assuré social de ce pays. Elle couvre les soins médicalement nécessaires, les maladies chroniques ou préexistantes, la grossesse et l'accouchement. La CEAM n'est acceptée que pour les soins de santé fournis par des prestataires faisant partie du système public (par exemple un médecin, une pharmacie, un hôpital ou un dispensaire), elle ne couvre pas les soins privés. Si la prestation est gratuite pour les assurés du pays, elle le sera également pour vous.

Si la prestation est payante, vous devrez faire l'avance des frais. Vous pourrez demander le remboursement :

- Soit sur place, auprès de l'institution d'assurance maladie compétente du pays de séjour. La prise en charge a lieu selon la législation sociale et les formalités en vigueur dans le pays concerné.
- Soit de retour en France, complétez la [déclaration de soins reçus à l'étranger](#), joignez les factures et justificatifs de soins et envoyez le tout à Camieg 92 011 NANTERRE CEDEX



Mes prestations santé

Comment obtenir votre CEAM ?

À partir de votre compte Ameli si vous êtes affilié à la Camieg pour les deux parts (base et complémentaire).

Vous bénéficiez de la part complémentaire seule et ne disposez pas de compte Ameli, rapprochez-vous de votre régime obligatoire d'assurance maladie (CPAM, MSA, CPS...) pour obtenir votre CEAM.



Bon à savoir !

La carte européenne d'assurance maladie contient uniquement les nom et prénom du titulaire, son numéro d'identification personnel et sa date de naissance. Elle ne contient aucune donnée médicale. Chaque membre de la famille doit posséder sa propre carte (y compris les enfants). La CEAM ne couvre pas vos dépenses de santé à l'étranger si le but de votre voyage est d'obtenir un traitement pour une maladie ou une blessure que vous aviez déjà avant votre départ.

→ Les soins à l'étranger

Soins à l'étranger non programmés

→ En UE/EEE, Royaume-Uni ou Suisse

Si vous recevez des soins médicaux lors d'un séjour touristique en Europe, vous devez présenter votre Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) pour bénéficier, selon les pays :

- de la dispense d'avance des frais ;
- du remboursement directement sur place par l'organisme de sécurité sociale du pays.

Liste des États concernés : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne (y compris îles Baléares et Canaries), Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal (y compris les archipels de Madère et des Açores), République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord, Gibraltar), Slovaquie, Slovénie, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Suisse.

Sans votre CEAM, vous devrez avancer les frais et demander un remboursement à votre retour en France en complétant [la déclaration de soins reçus à l'étranger](#) avec les justificatifs.

La CEAM peut être commandée en ligne via votre compte Ameli. Si votre départ est imminent, vous pouvez télécharger et imprimer un certificat provisoire valable 3 mois.

→ Hors UE/EEE, Royaume-Uni ou Suisse

Les soins médicaux reçus en dehors de l'Union européenne peuvent être pris en charge sous certaines conditions.

Afin que votre demande de remboursement soit examinée, vous devez envoyer à Camieg 92011 Nanterre cedex :

- [La déclaration de soins reçus à l'étranger](#) ;
- La (ou les) facture(s) originale(s) acquittée(s) ;
- La (ou les) prescription(s) médicale(s) en rapport avec les frais exposés.

Veillez à bien renseigner toutes les rubriques, votre déclaration doit être datée et signée.

Le remboursement dépend du pays où les soins ont été dispensés et ne peut excéder celui qui aurait été accordé en France. Si vous avez une surcomplémentaire, conservez une copie de votre dossier.



Mes prestations santé

Soins à l'étranger programmés

→ En UE/EEE, Royaume-Uni ou Suisse

Si vous prévoyez de recevoir des soins médicaux dans un pays de l'Union européenne, de l'Espace Économique Européen, au Royaume-Uni ou en Suisse, voici les étapes à suivre pour garantir votre prise en charge :

- Les soins doivent figurer parmi les prestations autorisées en France pour être pris en charge à l'étranger.
- Pour des soins nécessitant une hospitalisation ou des équipements lourds, une autorisation préalable de la Camieg est requise.
- Adressez votre demande d'autorisation avec un certificat médical détaillé au médecin-conseil du CNSE par courrier à :

CPAM du Morbihan CNSE – Médecin-conseil
 rue Alexandra David Neel
 CS 80330
 56018 Vannes Cedex

- En cas d'acceptation, vous recevrez un formulaire à présenter au prestataire de soins à l'étranger.
- À votre retour en France, envoyez les factures et justificatifs à la Camieg pour remboursement.

→ Hors UE/EEE, Royaume-Uni ou Suisse

La prise en charge de soins envisagés hors UE/EEE, Royaume-Uni et Suisse est soumise à un accord préalable du médecin-conseil du CNSE (Centre national des soins à l'étranger) à qui une demande doit être adressée par courrier à :

CPAM du Morbihan CNSE – Médecin-conseil
 rue Alexandra David Neel
 CS 80330
 56018 Vannes Cedex

En cas d'acceptation, un remboursement forfaitaire basé sur les tarifs français de sécurité sociale est effectué.

Pour plus d'informations, consultez [les pages dédiées aux soins à l'étranger](#) du site internet camieg.fr

Les travailleurs frontaliers

Le travailleur frontalier est une personne qui exerce son activité professionnelle sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne et réside sur le territoire d'un autre État membre, où il retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

Le frontalier bénéficie des accords entre les États membres de l'Union européenne et notamment du règlement 883/2004 qui permet, par exemple, l'ouverture des prestations santé aussi bien dans le pays de résidence que dans le pays fiscal.

Vous êtes concerné ?

Vous devez d'abord demander un formulaire S1 à l'organisme d'Assurance maladie du pays où vous travaillez. Le formulaire S1 vous permet (ainsi qu'aux membres de votre famille) de vous inscrire auprès des organismes de santé du pays de l'Union européenne dans lequel vous vivez.

Exemple : vous travaillez en France pour une entreprise relevant du statut des industries électriques et gazières et résidez sur le territoire d'un pays membres de l'Union européenne. C'est à la Camieg de vous fournir le formulaire S1.

Exception : Contrairement aux autres pays limitrophes, les frontaliers qui travaillent en Suisse devront choisir entre l'assurance maladie française et l'assurance maladie suisse (LAMal) en exerçant leur droit d'option dans un délai de trois mois suivant l'embauche. Passé ce délai, sans choix d'option, la Suisse affilié d'office à la LAMal sans changement possible.

Mes prestations santé

L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)

L'Affection de longue durée (ALD) désigne une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé. Pour bénéficier de la reconnaissance en ALD, voici les démarches à suivre.

→ La déclaration d'une ALD

Votre médecin traitant établit un protocole de soins lors d'une consultation. Le document doit porter la mention « Camieg » en haut à droite avant d'être adressé au médecin-conseil du Service médical de la CPAM de votre lieu de résidence. Il donne son accord pour tout ou partie de la prise en charge des frais engagés pour le traitement de votre ALD.

Si votre ALD est exonérante, vous bénéficiez d'une exonération du ticket modérateur. Une fois votre accord de prise en charge à 100 % notifié par la Camieg, n'oubliez pas de mettre votre [carte Vitale](#) à jour (environ une semaine après).

Certains frais restent à votre charge comme les dépassements d'honoraires, la participation forfaitaire de 2 euros ou la franchise médicale.

→ Le renouvellement d'une ALD

À l'issue de la période couverte par le protocole de soins, si la maladie nécessite toujours des soins actifs, le médecin réalise une demande de renouvellement d'ALD en établissant un nouveau protocole de soins lors d'une consultation. Ce renouvellement est possible tant que l'état de santé le justifie, sans limite d'âge ou de nombre de renouvellements.

Le protocole de renouvellement est à nouveau à adresser au médecin-conseil du service médical de la CPAM du lieu de résidence, toujours en indiquant « Camieg » en haut à droite du document.

→ Le suivi post-ALD

Certaines Affections de longue durée (ALD) peuvent se stabiliser au cours du temps et ne plus nécessiter de traitements actifs. Néanmoins, un suivi médical avec des examens (de biologie ou d'imagerie par exemple) peut être nécessaire.

Pour ces examens, vous pouvez bénéficier d'une prise en charge en « suivi post-ALD », vous permettant de continuer à bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les actes et prestations nécessaires à ce suivi clinique et paraclinique.

À la fin de la période accordée par votre protocole de soins, le contrôle médical de la CPAM de votre lieu de résidence peut, en concertation avec votre médecin traitant, vous proposer le suivi post-ALD dans la continuité de l'accompagnement de votre prise en charge.

Votre médecin peut également, à son initiative, en faire la demande sur simple ordonnance si vous remplissez les conditions citées ci-dessus. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant.

Le « suivi post-ALD » peut être accordé pour une durée initiale de 5 ans renouvelable. Dans ce cas, le bénéficiaire reçoit une notification d'accord de la Camieg et le médecin traitant est informé.

Mes prestations santé

LES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES CAMIEG

La Camieg sert trois prestations qui sont à demander (pas de versement automatique) :

Les lentilles dites "non remboursables" à hauteur d'un forfait annuel

(voir le [tableau de garanties](#)).

La prime layette à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption

(voir le montant sur le [tableau de garanties](#)).

Pour préparer l'arrivée de votre enfant au sein du foyer, la Camieg participe aux frais de layette. La prime layette, d'un montant de 337 € au 1^{er} juillet 2024 (réévalué chaque année), 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. Complétez le [formulaire de demande de la prime layette](#) disponible sur le site camieg.fr

Si les deux parents ont la qualité d'ouvrant droit au régime spécial IEG, la prestation est attribuée à un seul des deux parents par le biais de la déclaration commune de choix du bénéficiaire qui figure sur le formulaire de demande de la prime layette.

L'allocation décès si vous perdez un proche

(voir le montant sur le [tableau de garanties](#)).

Lors du décès d'un membre de la famille (le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin et les enfants âgés de vingt-six ans au plus ou en situation de handicap), la Camieg verse à l'ouvrant droit (agent statutaire des IEG ou assimilé) une allocation de participation aux frais d'obsèques. Le montant de cette allocation, réévalué chaque année, est de 674 € au 1^{er} juillet 2024.

Cette allocation ne peut être versée qu'une seule fois à l'assuré et non à un tiers (pas de versement à une entreprise de pompes funèbres).

Pour la percevoir, vous devez nous adresser :

- Une copie de l'acte de décès du défunt ;
- le [formulaire d'allocation décès](#) disponible sur le site camieg.fr

Pour en savoir plus, consultez notre [page d'aide en cas de perte d'un proche](#).



Mes prestations santé

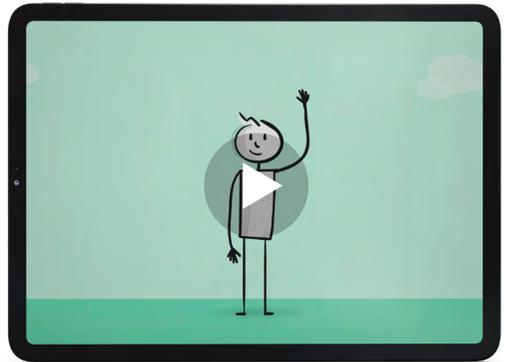
LA PRÉVENTION SANTÉ

La santé est un bien qu'il faut savoir protéger à tous les âges de la vie. La Camieg s'engage à vos côtés pour vous aider à devenir acteur de votre santé en adoptant des comportements qui pourront améliorer votre état de santé, prévenir la survenue de maladies et préserver longtemps votre qualité de vie. Vous bénéficiez, ainsi que votre famille, d'actions développées par la Camieg et de relais de campagnes de santé publique. Les thématiques abordées sont, entre autres, l'activité physique, l'alimentation, les addictions, la santé du dos, le bien-être et la santé mentale, le sommeil et les maladies cardiovasculaires.

Nous vous proposons des actions aux formats variés (ateliers, conférences, entretiens, en présentiel ou en visioconférence, individuels ou collectifs) partout en France métropolitaine et dans les DROM grâce à notre réseau d'antennes.

Toutes nos actions sont menées par des professionnels de santé qualifiés et experts dans leurs domaines.

Plus de 90% des participants aux actions de prévention de la Camieg se disent satisfaits et plus de 75% indiquent qu'ils souhaiteraient participer à une autre action !



Vous souhaitez participer à une action de prévention ?

- Si une action est planifiée à proximité de votre domicile, vous recevrez directement une invitation (par courrier, mail ou via votre compte Ameli)
- Vous pouvez également découvrir les prochaines actions proposées par votre antenne régionale en consultant nos [actus près de chez vous](#) sur le site camieg.fr

Les autres acteurs de ma couverture sociale maladie

LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

Certaines démarches administratives nécessitent de passer par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de résidence.

→ La demande d'entente préalable et le protocole de soins

La Camieg n'a pas de médecin conseil. Vos demandes d'entente préalable et protocoles de soins doivent être adressés au médecin-conseil du service médical de la CPAM de votre lieu de résidence, avec l'indication « Camieg » en haut à droite du document.

→ Le programme d'accompagnement au retour à domicile (dispositif Prado)

Ce service est conçu pour anticiper les besoins du patient en lien avec son retour à domicile après une hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Il est proposé :

- pour les sorties de maternité ;
- pour les sorties d'hospitalisation après chirurgie, après décompensation cardiaque, après exacerbation de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ;
- aux patients hospitalisés pour Accident ischémique transitoire (AIT) ou Accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- aux personnes âgées de 75 ans et plus, quel que soit le motif de leur hospitalisation.

Au cours de l'hospitalisation, l'équipe hospitalière décide de l'éligibilité médicale du patient au service Prado. Un conseiller de l'Assurance maladie rencontre le patient afin de lui proposer Prado et de recueillir son adhésion au service.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page « [Prado, le service de retour à domicile](#) » du site [ameli.fr](#).

→ La demande de médicaments avant un séjour à l'étranger de plus de 30 jours

Au moins un mois avant votre départ, adressez votre prescription médicale ainsi que l'attestation sur l'honneur de demande de dérogation pour délivrance des médicaments pour séjour à l'étranger d'une durée supérieure à un mois dûment complétée et signée par courrier au médecin conseil du service médical de la Cpm de votre lieu de résidence. La décision favorable ou non vous sera notifiée par la Camieg sur avis du Service médical. Muni de cet accord, vous pourrez vous rendre chez votre pharmacien qui vous délivrera le traitement prescrit.

→ La demande d'aide financière

Vous rencontrez des difficultés financières en raison de votre état de santé ou devez faire face à des dépenses de santé qui entraînent un reste à charge important. Une aide financière individuelle soumise à condition de ressources peut vous être accordée.

Pour être étudié, votre dossier devra comporter ce [formulaire d'aide financière](#) (disponible sur le site [camieg.fr](#)) et les pièces justificatives indiquées. Adressez l'ensemble à la commission d'action sanitaire et sociale de la CPAM des Hauts de Seine qui centralise les demandes pour l'ensemble des départements de résidence des assurés Camieg.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page « [Demander une aide financière](#) » du site [camieg.fr](#)

Votre CMCAS et votre surcomplémentaire peuvent aussi être sollicités en cas de difficultés financières.

Les autres acteurs de ma couverture sociale maladie

L'EMPLOYEUR

Lors de certains événements importants de la vie professionnelle et personnelle, l'employeur joue un rôle essentiel. Voici certaines situations où son implication est primordiale :

→ Affiliation à la Camieg

L'employeur déclare les embauches aux organismes sociaux via la Déclaration sociale nominative (DSN). Ce flux de données informatisé est transmis à la Camieg et lui permet de procéder à l'ouverture des droits en complément des éléments transmis par le salarié lui-même par l'intermédiaire du téléservice « Je m'affilie » du site internet camieg.fr que chaque nouveau salarié doit impérativement compléter dès son embauche.

→ Arrêt maladie

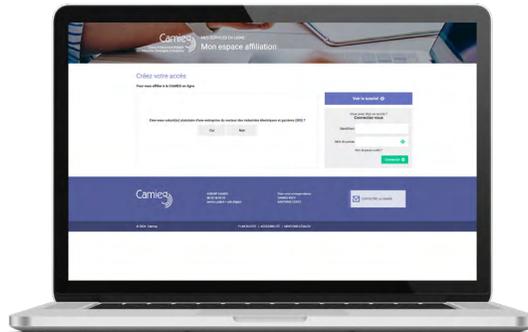
Il est primordial de prévenir l'employeur dans les délais impartis en cas d'arrêt maladie. Il ne faut ni prévenir la Camieg, ni lui adresser votre avis d'arrêt maladie ; elle n'est pas compétente en la matière.

→ Réintégration après détachement ou congé (long)

En cas de réintégration au sein des Industries Électriques et Gazières faisant suite à un détachement ou à un congé, c'est à l'employeur de déclarer une reprise d'activité à la Camieg. Cette démarche essentielle permet de garantir la continuité de la couverture santé.

→ Départ de l'entreprise

L'employeur est tenu de déclarer à la Camieg tout départ d'un salarié quel qu'en soit le motif (démission, licenciement, retraite, rupture conventionnelle, ...). Informée de ce changement de situation professionnelle, la Camieg met les droits à jour et notifie le cas échéant la fin des droits du salarié à l'issue d'une période de maintien de droits.



Téléservice
« Je m'affilie » du site
internet camieg.fr



Les autres acteurs de ma couverture sociale maladie

LA SURCOMPLÉMENTAIRE

L'adhésion à la surcomplémentaire est obligatoire pour les actifs, elle est facultative pour les membres de la famille et pour les pensionnés.

Les remboursements de la surcomplémentaire s'ajoutent aux montants remboursés par la Camieg selon les garanties qu'elle propose et dans la limite des montants engagés par l'assuré.

Pour les salariés, la Couverture supplémentaire maladie (CSM) est mise en place par un accord de branche. Elle est, à date, gérée par Énergie Mutuelle exception faite des salariés de la société Électricité de Strasbourg couverts par Roederer.

Pour les retraités, plusieurs contrats sont proposés :

- Le contrat CSMR par la CCAS, via Solimut.
- Le contrat CSM « Loi Évin », par Énergie Mutuelle.
- Le contrat Sérénité, par Énergie Mutuelle.



Bon à savoir !

ÉNERGIE MUTUELLE

Pour adhérer à Énergie mutuelle, les membres de la famille du salarié doivent être couverts par la Camieg.

+ d'info sur

[Mutieg A Asso \(energiemutuelle.fr\)](http://Mutieg.A.Aссо(energiemutuelle.fr))

SOLIMUT

Pour adhérer à Solimut, les membres de la famille de l'ouvrant droit doivent être couverts par la Camieg.

+ d'info sur

[Solimut-mutuelle CSMR](http://Solimut-mutuelle.CSMR)

ROEDERER

La société Électricité de Strasbourg a un dispositif particulier de Couverture santé supplémentaire (CSM), avec Roederer.

Pour plus d'information rapprochez-vous de votre chargé de clientèle via le lien suivant :

<https://www.roederer.fr/fr>

OÙ ENVOYER VOS DOCUMENTS ?

Les feuilles de soins, factures, devis et autres documents administratifs peuvent concerner d'autres organismes que la Camieg. Ce tableau vous permet d'identifier rapidement les bons interlocuteurs auxquels adresser vos documents.



Je suis couvert pour les 2 parts Camieg : **obligatoire et complémentaire**

Je suis couvert **uniquement pour la part complémentaire**

Site internet Camieg, rubrique « Je m'affilie »

Mon dossier d'affiliation Camieg

Camieg
92011 Nanterre Cedex

Votre caisse d'Assurance maladie
(CPAM, MSA, MGEN...)

Feuille de soins

Facture de lentilles non remboursée par la sécurité sociale

Camieg
92011 Nanterre Cedex

La facture devra être accompagnée de l'ordonnance

Tous devis

Facture de soins non remboursée par la sécurité sociale⁽¹⁾
(Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, diététique, ergothérapie, implants dentaires, chambre particulière...)

Énergie Mutuelle
Depuis votre espace adhérent :
adh.energiemutuelle.fr

OU
Par courrier à :
Énergie Mutuelle
66 avenue du Maine
75014 Paris

Solimut
Depuis votre espace adhérent :
www.solimut-mutuelle.fr

OU
Par courrier à :
Solimut Mutuelle de France
Service CSMR
TSA 21123
06709 Saint-Laurent-
du-Var Cedex

Roederer
Depuis votre espace adhérent :
www.roederer.fr

OU
Par courrier à :
Roederer
BP 90151
67025 Strasbourg
Cedex

Protocole de soins⁽²⁾ et demande d'entente préalable⁽³⁾

Médecine conseil de l'Échelon local du service médical (ELSM) de la CPAM de votre lieu de résidence
Précisez en haut du document « assuré Camieg »

Médecine conseil de votre caisse d'Assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)

Avis d'arrêt de travail (Volets 1 et 2)

Médecine de contrôle rattachée à votre employeur

Service médical de votre caisse d'Assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)
Exception SICAE : médecine conseil des IEG

Déclaration d'accident du travail et feuilles de soins associées

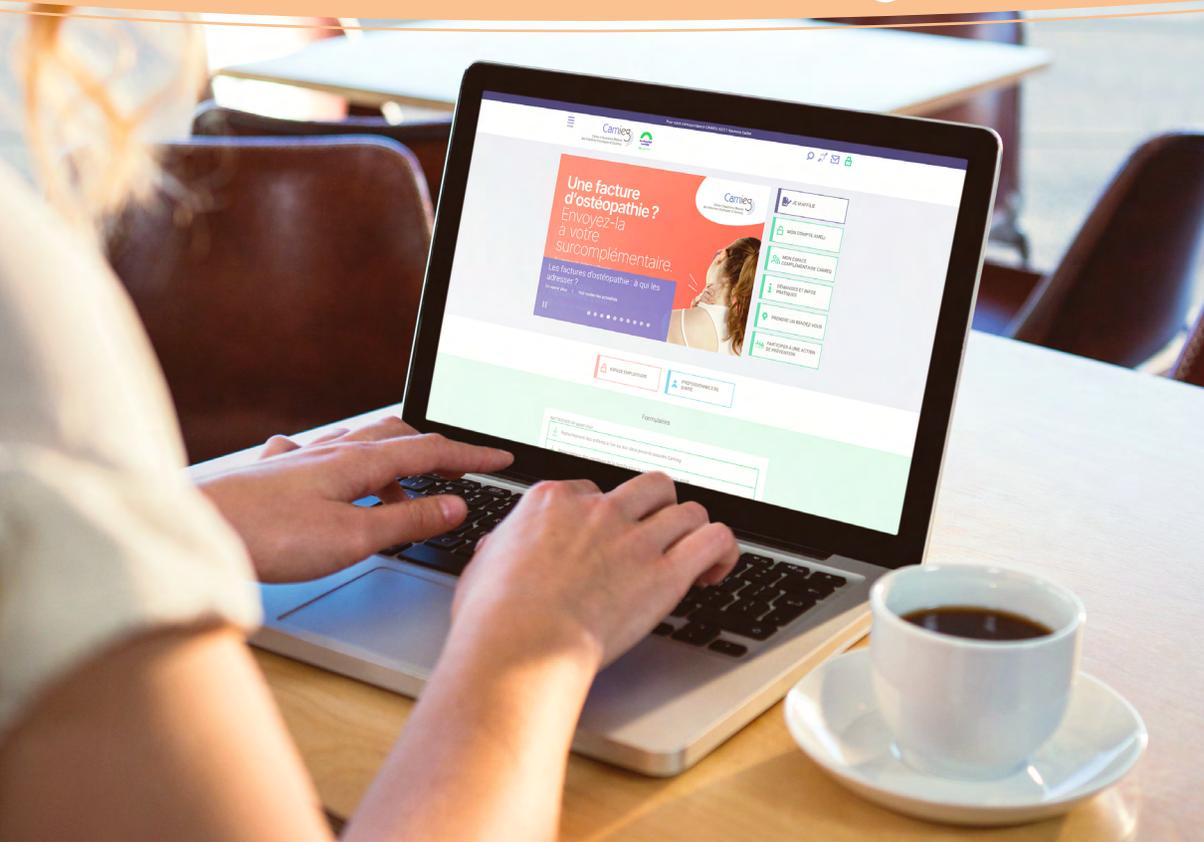
CPAM de votre lieu de travail
Précisez en haut du document « assuré Camieg »

Votre caisse d'Assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...)

(1) Selon vos garanties certaines prestations non remboursables par la sécurité sociale peuvent être prises en charge par votre sur complémentaire (c'est-à-dire Énergie Mutuelle, Solimut ou Roederer). – (2) Le protocole de soins est un document de santé informant sur les conditions de prise en charge de votre maladie, notamment s'il s'agit d'une Affection de longue durée (ALD). – (3) La demande d'accord préalable est un formulaire obligatoire pour certains actes ou traitements médicaux qui nécessitent l'accord de l'Assurance maladie. Ce sont souvent des actes coûteux, rares ou qui durent longtemps. Votre médecin, kinésithérapeute ou dentiste doit d'abord remplir une demande pour certains de ces actes. C'est à vous ensuite de compléter et d'envoyer le formulaire à la caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN...) de votre lieu de résidence. La caisse répond par courrier uniquement en cas de refus.



Contacter la Camieg



Vous pouvez joindre la Camieg :

✉ par mail depuis votre compte Ameli

👤 en prenant rendez-vous pour un échange téléphonique, une visioconférence ou vous rendre dans l'un de nos sites d'accueil.

[Prendre un rendez-vous téléphonique](#) ;
[Prendre un rendez-vous pour une visioconférence](#) ;
[Prendre un rendez-vous sur site](#)

☎ par téléphone au **08 06 06 93 00**
 (service gratuit / prix d'un appel local)

✉ par courrier, en écrivant à :
Camieg
92011 Nanterre Cedex