

REGIME FRAIS MEDICAUX

Groupe CARREFOUR France

Résumé de garanties applicables au 1^{er} janvier 2022

REGIME « ACCESS » ANCIENS SALARIES



Ce document non contractuel fourni à titre indicatif est un résumé des garanties applicables au 01/01/2022.
Il ne constitue pas la notice d'information légale.

Les présentes Garanties sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux contrats dits **“responsables”** telles que définies à l’article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l’article L911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d’application.

Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration et couvrent l’intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé ».

Sauf mention contraire, les prestations ci-dessous s’entendent **«Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE (RO)»**, c’est à dire que les prestations incluent le

remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO) à l’exclusion de la Garantie verres qui s’additionne à celle du Régime obligatoire. Lorsque la prestation est exprimée en pourcentage du PMSS, elle s’additionne à celle du Régime obligatoire.

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le RO sont pris en charge.

Les Garanties exprimées avec une limitation «par an et par Bénéficiaire» sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime obligatoire, de l’Institution, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾	
HOSPITALISATION (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	
Frais de séjour	300 % BR	
Honoraires (consultations et actes)	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d’honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d’honoraires libres)
	300 % BR	200 % BR
SOINS COURANTS (y compris maternité)		
	Adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d’honoraires maîtrisés)	Non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO (avec dépassement d’honoraires libres)
Honoraires médicaux		
Consultations et visites de généralistes	150 % BR	130 % BR
Consultations et visites de spécialistes	150 % BR	130 % BR
Actes techniques médicaux	100 % BR	100 % BR
Actes d’imagerie médicale	100 % BR	100 % BR
Déplacements et majorations	100 % BR	
Honoraires paramédicaux	100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	
Médicaments remboursés par le RO	100 % BR	
Matériel médical (hors aides auditives)	100 % BR	
AIDES AUDITIVES		
Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d’acquisition de l’appareil. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectués par le RO au cours des périodes susmentionnées.		
Équipement « 100% SANTE » * Classe I		100% FR *
Prothèse auditive (Tarif libre * Classe II)		
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	1100 € par oreille appareillée	
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	1700 € par oreille appareillée	
Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires	100 % BR	
OPTIQUE : La prestation de la garantie verres s’entend en complément des remboursements versés par le RO.		
Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d’acquisition, ramené à un an en cas d’évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception réglementaire. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours des périodes susmentionnées.		
Équipement « 100% SANTE »* Classe A Monture, verres, prestations d’appairage, prestations d’adaptation et filtres		100 % FR *
Équipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * Classe B		
Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	100 € par monture	
Bénéficiaire de moins de 16 ans	90 € par monture	
Verres :	80 € par verre	
Prestations d’adaptation :	4 €	
Lentilles correctrices Remboursées par le RO	2,4 % PMSS par lentille	

NATURE DES GARANTIES	PRESTATIONS ⁽¹⁾
DENTAIRE	
Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * : (2) 	100% FR *
Soins Hors « 100% SANTE » * Soins dentaires Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre	180% BR 180% BR
Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » * Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre Prothèses dentaires non remboursées par le RO (<i>sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes</i>) Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre	180% BR 180% BRR 180% BR
Orthodontie Remboursée par le RO	180% BR
AUTRES GARANTIES	
Transport	100 % BR
Natalité (3) Forfait maternité : naissance (doublé en cas de naissance multiple)	7,5 % PMSS par naissance ou au choix 1,5 % PMSS par jour en chambre particulière
Cure thermique (3) Remboursée par le RO	5 % PMSS par cure
Prévention / Dépistage Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)	100 % BR

ABREVIATIONS :

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire. En secteur non conventionné, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme

BRR : Base de remboursement reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenu le Régime Obligatoire s'il était intervenu

FR : Frais réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement.

Pour savoir si le médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 3428 € pour 2022)

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

(*) Tels que définis règlementairement : Le dispositif 100 % Santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes optique, dentaire et aides auditives, sous réserve que les professionnels de santé respectent les Prix Limites de Vente (P.L.V.) ou les Honoraires Limites de Facturation (H.L.F.).

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du «tarif maîtrisé» sont pris en charge à hauteur des garanties mentionnées au présent tableau dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (H.L.F.) sous déduction des remboursements effectués par la Régime Obligatoire.

Les actes et équipements remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du «tarif libre» sont pris en charge à hauteur des garanties mentionnées au présent tableau.

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Entrée en vigueur progressive à partir du 1^{er} janvier 2020 du dispositif « 100% Santé » en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation.

(3) **Précisions sur les garanties** (voir ci-dessous)

Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière du ou des enfants. Les dépenses médicales remboursées par le Régime Obligatoire au titre de l'assurance maternité sont prises en charge dans les conditions fixées aux Garanties
Cure thermique	Remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas. Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermique sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

BÉNÉFICIAIRES

Vous, en qualité d'ancien salarié,

Ainsi que les membres de votre famille à charge tels que définis ci-après, si vous avez opté pour la cotisation famille :

- Votre conjoint, à défaut de conjoint, votre concubin ou la personne liée par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge ou non au sens de la Sécurité sociale.
- Vos enfants à charge au sens de la législation fiscale,
- Vos enfants de moins de 25 ans poursuivant leurs études, et s'ils ont plus de 20 ans régulièrement inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- Vos enfants de moins de 20 ans en apprentissage,
- Vos enfants bénéficiaires des mesures en faveur de l'emploi, sous réserve :
- qu'ils soient âgés de moins de 22 ans,

qu'ils perçoivent une rémunération égale ou inférieure à 65% du SMIC (à justifier par une copie du contrat de travail),

qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire.

Vos enfants infirmes, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241.3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge ou bénéficiaire de la carte CDAPH (ex COTOREP),

Vos ascendants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire du PACS à charge au sens de la législation fiscale.

Les enfants des anciens salariés, demandeurs d'emploi, âgés de 18 à 25 ans révolus, ayant leur propre numéro de Sécurité sociale peuvent, s'ils le souhaitent continuer à bénéficier du régime moyennant le paiement d'une cotisation individuelle spécifique (sous conditions de fournir, chaque année, un justificatif POLE EMPLOI d'inscription ou de paiement).

Tiers Payant SP Santé :

Munissez-vous de votre attestation de tiers payant SP Santé pour ne pas avoir à avancer les frais sur vos dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale (selon accord du professionnel de santé concerné).

Prise en charge hospitalière :

En cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité, une prise en charge hospitalière peut être effectuée :

- Par internet : Par le professionnel de santé (son espace dédié) ou directement par votre espace assuré
- Par courriel : pechospi@apgis.com
- Sur simple appel téléphonique : **01 49 57 17 17**

La consultation de vos remboursements :

La consultation des remboursements vous permet de vérifier le détail des remboursements effectués par l'APGIS pour vous et vos bénéficiaires sur une période de 6 mois :

- Par internet : via l'espace assuré : <https://apgis.com>
- Par téléphone : **09 69 32 34 45** (numéro cristal)
- Par l'application apgis : disponible sur les stores apple et google.

Téléconsultation médicale :

L'APGIS met à votre disposition un service de consultation de médecine générale disponible 24h/24, 7j/7 partout dans le monde.

- Par téléphone : **01 55 92 13 98**
- Depuis l'étranger : +33 1 55 92 13 98

Devis IDECLAIR

(dentaire, optique et audioprothèse) :

Sur les frais prise en charge par la Sécurité sociale, il convient de demander un devis à votre professionnel de santé.

Ce devis, dûment complété, doit être adressé à l'APGIS :

- Par internet : <https://apgis.com> à disposition du professionnel de santé en optique et en audioprothèse
- Par courriel : optique@apgis.com ou dentaire@apgis.com ou audio@apgis.com
- Par courrier : à envoyer à l'APGIS - IDECLAIR CARREFOUR- 12 rue Massue - 94684 Vincennes cedex

Sous 48 heures (hors délais postaux), l'APGIS s'engage à vous indiquer le montant de son remboursement complémentaire ainsi que la somme restant à votre charge.

FIL'APGIS :

L'APGIS met à votre disposition un service d'accompagnement, de soutien solidaire et de prévention spécialement dédié aux salariés du Groupe CARREFOUR.

- Par internet : <http://filapgis.apgis.com/carrefour>
- Par téléphone : **09 69 36 02 83** (numéro cristal)

VOS CONTACTS APGIS :

- **Prestations** (demandes de remboursements de soins, devis,...) : **01 49 57 17 17**
- **Fichier** (Affiliations, attestations tiers payant, télétransmission Noémie,...) : **01 49 57 16 55**
- **Internet apgis** (informations générales, espace assuré, professionnels de santé) : <https://apgis.com>