

MALADIE - CHIRURGIE MATERNITE

CARREFOUR HYPERMARCHES



MISE A JOUR FRAIS MEDICAUX

**ENSEMBLE DU
PERSONNEL**

Juillet 2010

MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Sous peine de déchéance, les demandes de remboursements doivent être adressées dans les deux ans qui suivent les dates de soins indiquées sur le volet de la Sécurité sociale ou la naissance.

Seuls les actes pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire. Toutefois, certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent cependant donner lieu à remboursement par le régime s'il en est fait expressément mention ci-après.

Le remboursement est dans tous les cas effectué en fonction de la nomenclature Sécurité sociale et, conformément à la bonne utilisation de cette nomenclature.

ACTES	LIBELLE DES PRESTATIONS
CONSULTATIONS – VISITES GENERALISTES Conventionné ou non	150% du Tarif de Convention
CONSULTATIONS – VISITES SPECIALISTES Conventionné ou non	200% du Tarif de Convention
OSTEOPATHIE ⁽¹⁾	28 € par consultation. Garantie limitée à 2 consultations par an et par bénéficiaire
DEPLACEMENTS – MAJORATIONS	100% du Ticket Modérateur
PHARMACIE	100% du Ticket Modérateur
ANALYSES– RADIOLOGIE – ACTES DE SPECIALISTES – AUXILIAIRES MEDICAUX	300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
SOINS DENTAIRES acceptés par la Sécurité sociale PROTHESES DENTAIRES remboursées ou non mais nomenclaturées par la Sécurité sociale ORTHODONTIE acceptée ou non par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% des frais réels pour la fraction des frais n'excédant pas 350% du Tarif de Convention ▪ 50% des frais réels pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% du Tarif de Convention <p>moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun remboursement pour la fraction des frais réels au-delà de 500% du Tarif de Convention
APPAREILLAGES – ORTHOPEDIE – PROTHESES MEDICALES AUTRES QUE PROTHESES DENTAIRES	600% du Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale
TRANSPORT avec ou sans hospitalisation	100% du Ticket Modérateur
CURES THERMALES	Indemnité forfaitaire égale à 6% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Les frais médicaux liés à la cure sont également remboursés au titre des soins médicaux courants.

ACTES	LIBELLE DES PRESTATIONS
<p style="text-align: center;">HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE conventionné / non conventionné</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frais de séjour, honoraires médicaux, honoraires chirurgicaux ⁽¹⁾ ▪ Forfait journalier hospitalier ▪ Chambre Particulière ▪ Frais d'accompagnant (enfant moins de 17 ans) 	<p>400% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100% du forfait en vigueur dans la limite de 18 €</p> <p>Maximum 2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par jour</p> <p>Maximum 2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par nuit</p>
<p style="text-align: center;">OPTIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monture ▪ Verres ▪ Lentilles acceptées par la Sécurité sociale ▪ Lentilles refusées par la Sécurité sociale 	<p style="text-align: center;">I équipement par année civile et par bénéficiaire (+ I casse si prise en charge par la Sécurité sociale)</p> <p>5% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale</p> <p>3% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par verre ou, si plus favorable 20 fois le Tarif de Responsabilité Sécurité sociale (3 fois le Tarif de Responsabilité Sécurité sociale pour les enfants)</p> <p>100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>7% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire</p>
<p style="text-align: center;">MATERNITE ⁽²⁾</p>	<p>Indemnité forfaitaire égale à 10% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Portée à 20% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en cas de naissances multiples.</p>

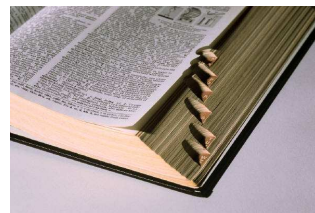
⁽¹⁾ Les aménagements sur ces deux garanties sont mis en place sur une période temporaire de 24 mois, à compter du 1^{er} janvier 2009. Cette période d'observation permettra de bien mesurer l'impact financier de ces nouvelles mesures prises en charge par le Régime.

⁽²⁾ Cette indemnité sert à compenser de manière forfaitaire, les frais exposés durant la maternité (chambre particulière, péridurale, dépassements sur consultations pré ou post natales obligatoires, etc...). Aucun remboursement complémentaire n'est effectué durant la période de maternité du fait de la prise en charge à 100% de la Base de Remboursement par la Sécurité sociale. En cas de grossesse pathologique donnant lieu à hospitalisation (césarienne par exemple), les frais liés à l'intervention chirurgicale sont pris en charge par le régime dans le cadre des couvertures du poste hospitalisation. Versement unique à la femme si les deux parents travaillent dans une entité Carrefour adhérente au régime.

Le Plafond Mensuel Sécurité sociale : Il sert de base au calcul de certaines prestations du Régime (optique, cure thermique, etc.). Sa valeur est fixée chaque année par décret (au 1^{er} janvier 2010 : 2.885 €).

Forfait Journalier Hospitalier : Montant retenu au 1^{er} juillet 2010 : 18 € par jour pour une hospitalisation médicale ou chirurgicale / 13,50 € pour une hospitalisation psychiatrique.

QUELQUES DEFINITIONS



Le parcours de soins

Comme vous le savez, depuis le 1^{er} juillet 2005, la notion de parcours de soins a été introduite dans le cadre de la réforme de la Sécurité sociale.

C'est le mode d'accès aux soins qu'il faut privilégier pour éviter une baisse des remboursements, depuis le 1^{er} janvier 2006.

En cas de non-respect du parcours de soins, les régimes complémentaires, afin de conserver leurs avantages fiscaux et sociaux, ne peuvent pas prendre en charge :

- La minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale (exemple : moins 20% pour une consultation),
- Une partie du dépassement d'honoraires pris par le praticien (exemple : 8 € pour une consultation de spécialiste)
- Les franchises médicales sur les médicaments, les actes des professions paramédicales et les transports sanitaires.

Ces modifications sont complétées par la prise en charge, depuis le 1^{er} juillet 2006, de 2 actes de prévention considérés comme prioritaires au regard des objectifs de Santé Publique.

Afin que votre régime soit en conformité avec les dispositions réglementaires, il a été décidé de retenir en priorité :

- Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, effectué sur les premières et deuxième molaires des adolescents avant leur quatorzième anniversaire.
- Le dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.

L'APGIS assure, le remboursement du ticket modérateur réglementaire de ces 2 actes conformément au cadre défini dans l'arrêté du 8 juin 2006.

La participation forfaitaire

Depuis le 1^{er} janvier 2005, la Sécurité sociale applique une participation forfaitaire sur le montant qu'elle rembourse. Cette participation, qui reste à la charge de l'assuré, est fixée depuis cette date à 1 €.

Les régimes complémentaires, afin de conserver leurs avantages fiscaux et sociaux, ne peuvent pas procéder à la prise en charge de cette participation.

Base de Remboursement Sécurité sociale / Tarif de Convention / Tarif de Responsabilité

Base retenue par la Sécurité sociale pour la tarification et le remboursement des actes.

Ticket Modérateur

Il est égal à la différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par cet organisme.

CONTACTS APGIS :

Prestations Frais Médicaux (remboursements de soins, devis) : 01.49.57.17.17

Fichier (affiliations, attestations tiers payant, télétransmission NOEMIE,...) : 01.49.57.17.43

Nota : Les modalités pratiques d'application des garanties sont reprises dans la notice d'information du régime Frais Médicaux CARREFOUR.