apgis Institution de prévoyance

REGIME GROUPE CARREFOUR FRANCE

MALADIE / CHIRURGIE / MATERNITE
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT
LE SALARIE ET SA FAMILLE

BULLETIN A COMPLETER ET A RETOURNER
A VOTRE DIRECTEUR DE MAGASIN

ENTITE : CSF
Centre de Gestion Paie Lagnieu : CH/00006

Carrefour market

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

NOM..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE /_____/_____/_____/

ADRESSE.....

N° DE SECURITE SOCIALE /____/_____/_____/_____/_____/_____/ Clé /_____/ **Copie attestation Sécurité sociale à joindre.**

DATE D'ENTREE DANS L'ENTREPRISE /_____/_____/_____/ DATE D'EFFET DE LA GARANTIE /_____/_____/_____/

SITUATION DE FAMILLE[1] ❑ MARIE(E) ❑ VIE MARITALE ❑ PACS ❑ CELIBATAIRE ❑ VEUF(VE) ❑ DIVORCE(E)

CATEGORIE PROFESSIONNELLE[1] ❑ CADRE ❑ AGENT DE MAITRISE ❑ EMPLOYE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE CONJOINT, CONCUBIN[2] OU PARTENAIRE DE PACS[3]

NOM..... PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE /_____/_____/_____/

ADRESSE .....

N° DE SECURITE SOCIALE /____/_____/_____/_____/_____/_____/ Clé /_____/ **Copie attestation Sécurité sociale à joindre.**

1) LE CONJOINT SE FAIT-IL REMBOURSER PAR LA SECURITE SOCIALE SOUS LE NUMERO DU SALARIE ?[1] ❑ OUI ❑ NON

2) LE CONJOINT BENEFICIE-T-IL D'UNE « MUTUELLE » COMPLEMENTAIRE AUTRE QUE L'APGIS ?[1] ❑ OUI ❑ NON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS ENFANTS A CHARGE[4]

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	N° SECURITE SOCIALE (SI IMMATRICULE)
		/____/____/____/	___/____/____/____/____/____/____/
		/____/____/____/	___/____/____/____/____/____/____/
		/____/____/____/	___/____/____/____/____/____/____/
		/____/____/____/	___/____/____/____/____/____/____/

CERTIFIE EXACT SIGNATURE DU SALARIE CACHET DE L'ENTREPRISE

FAIT A ..... LE /_____/_____/_____/

[1] COCHER LA CASE CORRESPONDANTE
[2] EN CAS D'ATTESTATION SUR L'HONNEUR, FOURNIR JUSTIFICATIFS (FACTURES EDF, TELEPHONE, BAIL, …) AUX DEUX NOMS
[3] EN CAS DE PACS, JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION D'ENGAGEMENT DELIVREE PAR LE TRIBUNAL D'INSTANCE
[4] POUR LES ENFANTS IMMATRICULES A LA SECURITE SOCIALE, JOINDRE UN CERTIFICAT DE SCOLARITE ET / OU UNE COPIE DU DERNIER AVIS D'IMPOSITION
JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE IBAN POUR LE REGLEMENT DES PRESTATIONS PAR VIREMENT

TIERS PAYANT SP SANTE

Pour obtenir votre carte de tiers payant, il est indispensable de joindre à votre bulletin d'affiliation une photocopie de votre attestation Sécurité sociale à jour ainsi que celle de vos bénéficiaires affiliés.

Cette carte doit être présentée aux professionnels de santé pour ne pas avoir à avancer les frais sur les postes pharmacie, radiologie, biologie, auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmiers…), hospitalisation (via prise en charge), soins externes (actes, consultations, examens réalisés en établissements publics ou privés sans hospitalisation), dentaire et optique (via IDECLAIR).

TELETRANSMISSION NOEMIE

NOEMIE est un système qui permet à L'APGIS de recevoir directement de votre caisse Sécurité sociale les décomptes des remboursements de chaque bénéficiaire.

Pour mettre en place la télétransmission NOEMIE il est indispensable de joindre à votre bulletin d'affiliation une photocopie de votre attestation Sécurité sociale à jour ainsi que celle de vos bénéficiaires affiliés, et un relevé d'identité bancaire ou postal (IBAN) pour le paiement des prestations par virement.

_____

Conformément aux termes de la réglementation de la C.N.I.L. (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) relative aux échanges d'informations, vous pouvez à tout moment renoncer à ce que les renseignements vous concernant soient transmis directement à l'APGIS par votre caisse de Sécurité sociale.

PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

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

- Via le site www.apgis.com : soit par le professionnel de santé en se connectant sur l'espace dédié soit directement par votre espace assuré
- Par courriel : pechospi@apgis.com
- Sur simple appel téléphonique : 01.49.57.16.52

LA CONSULTATION DE VOS REMBOURSEMENTS

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

- Par internet : via l'espace assuré : www.apgis.com
- Par téléphone : 08.90.64.30.33 (coût d'un appel local)
- Par téléphone mobile (à connexion internet) : apgismobile.apgis.com

Ce service sécurisé est accessible par l'utilisation d'un mot de passe et d'un code secret qui figurent sur la partie haute de vos décomptes APGIS.

DEVIS IDECLAIR (DENTAIRE ET OPTIQUE)

Sur les frais dentaire et optique pris en charge par la Sécurité sociale, vous pouvez demander à votre praticien de remplir un devis IDECLAIR.
Ces devis sont disponibles auprès de votre Service Paie ou sur le site internet de l'APGIS : www.apgis.com (accueil > salariés > découvrir les services).

Le devis dûment complété doit être adressé à l'APGIS :

- Par internet : site www.apgis.com à disposition du professionnel de santé en optique
- Par courriel : optique@apgis.com / dentaire@apgis.com
- Par courrier : à adresser à l'APGIS – IDECLAIR CARREFOUR – 12 Rue Massue 94684 VINCENNES Cedex

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