

REGIME FRAIS MEDICAUX

**Groupe CARREFOUR France**  
Résumé de garanties applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2026

**ENSEMBLE DU PERSONNEL**



Ce document non contractuel fourni à titre indicatif est un résumé des garanties applicables au 01/01/2026.  
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 **EN COMPLEMENT DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME**

**OBLIGATOIRE (RO)** », c'est-à-dire que la prestation s'additionne à celle du Régime obligatoire à l'exclusion des Garanties monture, verres, aides auditives et dentaires.

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<sup>er</sup> 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 <sup>(1)</sup>			
HOSPITALISATION (y compris maternité) <sup>(3)</sup>				
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	<b>100 % FR</b>			
<b>Frais de séjour</b>	<b>100 % TM + 300 % BR</b>			
<b>Honoraires (consultations et actes)</b>	<b>Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO</b> (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	<b>Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO</b> (avec dépassement d'honoraires libres)		
	<b>100 % TM + 300 % BR</b>	<b>100 % TM + 100 % BR</b>		
<b>Chambre particulière non remboursée par le RO</b>	<b>2,5 % PMSS par jour</b>			
<b>Frais d'accompagnement d'un bénéficiaire âgé de moins de 17 ans non remboursés par le RO</b>	<b>2,5 % PMSS par nuit</b>			
SOINS COURANTS (y compris maternité)				
	<b>Adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO</b> (avec dépassement d'honoraires maîtrisés)	<b>Non adhérent OPTAM ou OPTAM-ACO</b> (avec dépassement d'honoraires libres)		
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations et visites de médecins généralistes	<b>100 % TM + 120 % BR</b>	<b>100 % TM + 100 % BR</b>		
Consultations et visites de médecins spécialistes	<b>100 % TM + 170 % BR</b>	<b>100 % TM + 100 % BR</b>		
Actes techniques médicaux	<b>100 % TM + 270 % BR</b>	<b>100 % TM + 100 % BR</b>		
Actes d'imagerie médicale	<b>100 % TM + 270 % BR</b>	<b>100 % TM + 100 % BR</b>		
<b>Déplacements et majorations</b>	<b>100 % TM</b>			
<b>Honoraires paramédicaux</b>	<b>300 % BR</b>			
<b>Séances d'accompagnement psychologique remboursées par le RO « Mon soutien psy » (2)</b>	<b>100% TM</b>			
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	<b>300 % BR</b>			
<b>Médicaments remboursés par le RO</b>	<b>100 % TM</b>			
<b>Matériel médical « 100% SANTE »*</b>	<b>100 % FR *</b>			
<b>Matériel médical (hors aides auditives)</b>	<b>600 % BR - RSS</b>			
<b>AIDES AUDITIVES : Les prestations s'entendent y compris les remboursements versés par le RO.</b>				
<b>Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil/oreille tous les 4 ans, à compter de la date d'acquisition de l'appareil.</b> Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le RO au cours de la période susmentionnée				
<b>Equipement « 100% SANTE » * Classe I</b>		<b>100% FR *</b>		
<b>Prothèse auditive (Tarif libre * Classe II)</b>				
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	<b>1400 € par oreille appareillée</b>			
Bénéficiaire de moins 20 ans ou atteint de cécité	<b>1700 € par oreille appareillée</b>			
<b>Matériel médical aides auditives : consommables, piles et accessoires</b>	<b>600 % BR</b>			
<b>OPTIQUE : Les prestations des garanties monture et verres s'entendent y compris les remboursements versés par le RO.</b>				
<b>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</b>				
<b>Equipement « 100% SANTE »* Classe A</b>		<b>100 % FR *</b>		
Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres				
<b>Equipement Hors « 100% SANTE » - Tarif libre * Classe B</b>				
Monture : Bénéficiaire de 16 ans ou plus	<b>100 € par monture</b>			
Bénéficiaire de moins de 16 ans	<b>90 € par monture</b>			
Verres :	<b>Voir grille garantie par verre ci-dessous</b>			
Prestations d'adaptation :	<b>4 €</b>			
<b>Lentilles correctrices</b>				
Remboursées par le RO	<b>100% FR - RSS</b>			
Non remboursées par le RO (y compris lentilles jetables)	<b>8 % PMSS par an et par bénéficiaire</b>			
<b>Chirurgie optique réfractive non remboursée par le RO</b>	<b>400 € par oeil</b>			

NATURE DES GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>
<b>DENTAIRE : Les prestations s'entendent y compris les remboursements versés par le RO.</b>		
<b>Soins et prothèses dentaires « 100% SANTE » * :</b>		<b>100% FR *</b>
<b>Soins Hors « 100% SANTE » *</b> Soins dentaires Inlays-Onlays Tarif maîtrisé et libre		<b>100% FR pour la fraction des frais n'excédant pas 350% BR</b> <b>+ 50% FR pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% BR</b>
<b>Prothèses dentaires Hors « 100% SANTE » *</b> Prothèses dentaires Tarif maîtrisé et libre Prothèses dentaires non remboursées par le RO (sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes) Inlays-Core Tarif maîtrisé et libre		<b>440 % BR</b> <b>440 % BRR</b> <b>210 % BR</b>
<b>Orthodontie</b> Remboursée par le RO Non remboursée par le RO (3) <b>limité à 6 semestres par bénéficiaire</b>		<b>100% FR pour la fraction des frais n'excédant pas 350% BR</b> <b>+ 50% FR pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% BR</b> <b>100% FR pour la fraction des frais n'excédant pas 350% BRR</b> <b>+ 50% FR pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% BRR</b>
<b>Autres prestations dentaires</b> Implantologie dentaire (pilier implantaire et l'implant) (3)		<b>300 € par implant, limité à 2 implants par an et par bénéficiaire</b>
AUTRES GARANTIES		
<b>Transport</b>		<b>100 % TM</b>
<b>Natalité (3)</b> Forfait maternité : naissance (doublet en cas de naissance multiple)		<b>10 % PMSS par naissance</b>
<b>Cure thermale (3)</b> Remboursée par le RO		<b>6 % PMSS</b>
<b>Médecine douce (3)</b> Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, nutritionnistes, diététiciens, homéopathie, pédicure Psychomotricien pour les enfants, ergothérapeute, sophrologie, orthopédagogue, acupuncture		<b>30 € par séance, limité à 3 séances par an et par bénéficiaire</b> <b>30 € par séance, limité à 6 séances par an et par bénéficiaire</b> <b>Plafonnement du pack médecines douces à 6 séances par an et par bénéficiaire</b> <b>40 € pour la première séance et 30 € pour les suivantes.</b> <b>La prise en charge est limitée à 8 séances par an et par bénéficiaire</b>
<b>Séances d'accompagnement psychologique non remboursées par le RO (3)</b>		
<b>Prévention / Dépistage</b> Ensemble des actes de prévention remboursés par le RO (L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale)		<b>100 % TM</b>
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le RO		<b>40 € par consultation</b>
<b>Service lemedecin.fr</b> <b>Téléconsultation éligible Sécurité sociale</b>		<b>Prise en charge du supplément d'honoraires facturé</b> <b>10 € par téléconsultation du lundi au samedi</b> <b>20 € par téléconsultation dimanches et jours fériés</b>

#### QUELQUES INFORMATIONS :

**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 si l'il était intervenu

**FR** : Frais réels

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-ACO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique. L'**OPTAM** et l'**OPTAM-ACO** 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 dépassagement.

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

**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 4005 € au 1<sup>er</sup> janvier 2026)

**RO** : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend le bénéficiaire

**RSS** : Remboursement du Régime Obligatoire de Sécurité sociale

**TM** : Ticket modérateur. Différence entre le tarif retenu par la Sécurité sociale et le remboursement effectué par l'organisme Complémentaire

(\*) Tels que définis par la réglementation. Le « 100% Santé » permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique, aides auditives et matériel médical (prothèses capillaires et location de courte durée de véhicule pour personnes en situation de Handicap), dans la limite du Prix limite de vente (PLV.) ou des Honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité sociale. Avant l'entrée en vigueur du « 100% Santé », la prise en charge s'effectuera à hauteur du dispositif « Hors 100% Santé ».

(1) Selon les dispositions prévues au contrat.

(2) Séance réalisée par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie obligatoire. Cette prestation s'entend dans la limite et les conditions prévues par décret (article L.162-58 du code de la Sécurité sociale).

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

<b>Hospitalisation</b>	Le Contrat prend notamment en charge le Forfait patient urgences.
<b>Orthodontie non remboursée par le RO</b>	Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste ou un chirurgien-dentiste diplômé d'état. Cet orthodontiste ou ce chirurgien-dentiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.
<b>Implantologie dentaire</b>	Pour chaque implant dentaire, l'institution prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisé par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".
<b>Natalité</b>	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
<b>Cure thermale</b>	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 thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.
<b>Médecine douce et séances d'accompagnement psychologique non remboursées par le RO</b>	En ce qui concerne les pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile. Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux FINLESS, RPPOS ou ADELI et disposant d'un numéro de SIRET.

## REMBOURSEMENT OPTIQUE VERRE - Grille applicable : couverture hors « 100% santé »

Remboursement par verre y compris le remboursement versé par le RO (Régime Obligatoire)

	Bénéficiaire de 16 ans ou plus	Bénéficiaire de moins de 16 ans
<b>Verre uni-focal de sphère inférieure ou égale à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4</b>	110 €	100 €
<b>Verre uni-focal de sphère supérieure à 6 ou cylindre supérieur à 4</b>	165 €	110 €
<b>Verre multifocal ou progressif sans cylindre de sphère inférieure ou égale à 4</b>	200 €	120 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindre de sphère inférieure ou égale à 8</b>	250 €	130 €
<b>Autre verre multifocal ou progressif</b>	350 €	200 €

## BÉNÉFICIAIRES

- Vous, en qualité de salarié, ainsi que les membres de votre famille à charge tels que définis ci-après :
  - 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.
- 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,
- 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,

Les enfants des 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 France Travail 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 : [pechosp@apgis.com](mailto:pechosp@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.

### Annuaire de santé :

- L'APGIS met à votre disposition un service de géolocalisation et de rendez-vous pour vos professionnels de santé.
- Par internet : via l'espace assuré : <https://apgis.com>
  - Par l'application apgis : disponible sur les stores apple et google.

### Devis IDECLAIR

#### (dentaire, optique et audioprothèse) :

Sur les frais pris 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 (optique, dentaire et audioprothèse)
- Par courriel : [optique@apgis.com](mailto:optique@apgis.com) ou [dentaire@apgis.com](mailto:dentaire@apgis.com) ou [audio@apgis.com](mailto: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)

## VOTRE CONTACT APGIS :

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

: **01 49 57 17 17**

