

REGIME FRAIS MEDICAUX

Groupe CARREFOUR France

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

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

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 s'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 dépassement.

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

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale (à titre indicatif 4005 € au 1^{er} 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 (P.L.V.) 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)

Hospitalisation	Le Contrat prend notamment en charge le Forfait patient urgences.
Orthodontie non remboursée par le RO	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.
Implantologie dentaire	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".
Natalité	Sur présentation de l'extrait d'acte de naissance ou du jugement d'adoption plénière ou du 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.
Médecine douce et séances d'accompagnement psychologique non remboursées par le RO	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 FINESS, RPPS 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
Verre uni-focal de sphère inférieure ou égale à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	110 €	100 €
Verre uni-focal de sphère supérieure à 6 ou cylindre supérieur à 4	165 €	110 €
Verre multifocal ou progressif sans cylindre de sphère inférieure ou égale à 4	200 €	120 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindre de sphère inférieure ou égale à 8	250 €	130 €
Autre verre multifocal ou progressif	350 €	200 €

- ☐ 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,
- ☐ 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 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 : 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.

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 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)

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**