

**Avenant n°1 à  
l'Accord collectif de groupe  
instituant une garantie complémentaire de  
remboursement de frais de santé pour l'ensemble du  
personnel**

**ENTRE LES SOUSSIGNES**

Le Groupe CARREFOUR constitué des entreprises listées à l'annexe n°1 ci-jointe, représentées par Madame Marie-Hélène CHAVIGNY, Directrice des Ressources Humaines Carrefour France par interim, agissant en qualité de mandataire unique des sociétés concernées, conformément à l'article L. 2232-31 du Code du travail, lesquelles constituent le Groupe Carrefour France au sens du présent accord.

d'une part,

**ET**

Et les Organisations Syndicales représentatives au sein du Groupe ci-dessous désignées prises en la personne de leurs représentants dûment mandatés à cet effet conformément à l'article L. 2232-31 du Code du travail et par ailleurs Délégués Syndicaux de Groupe :

- la Fédération des Services CFDT, représentée par Monsieur Sylvain MACE dûment mandaté,
- le SNEC / CFE-CGC Agro, représenté par Monsieur Thierry FARAUT, dûment mandaté,
- la Fédération des Personnels du Commerce, de la Distribution et des Services CGT, représentée par Monsieur Philippe ALLARD, dûment mandatée,
- la FGTA/FO, représentée par Madame Jacqueline POITOU, dûment mandatée.

d'autre part.

**Préambule**

Conformément aux dispositions de l'Accord instituant une garantie complémentaire de frais de santé du 30 juin 2014 (« l'Accord »), les organisations syndicales représentatives au niveau du Groupe en France et la Direction se sont réunies afin d'étudier les modifications à apporter au régime telles que proposées par la Commission Nationale Unique Paritaire de suivi des régimes de Santé – Prévoyance du Groupe Carrefour (« Commission Prévoyance ») instituée à cet effet par ledit Accord.

PA<sup>1/8</sup>  
MCC  
K  
[Signature]

En effet, les dernières évolutions législatives et réglementaires, qui ont d'une part généralisé les couvertures santé (*Loi n° 2013-504 de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013*) et d'autre part modifier le contenu du cahier des charges du contrat responsable avec l'obligation de se mettre en conformité au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (*Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 modifiée par Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014*) amènent à modifier les garanties du régime pour les mettre en conformité avec ces dernières évolutions.

Par ailleurs, les travaux de la Commission Prévoyance ont mis en évidence les résultats positifs du régime. En conséquence, les parties se sont réunies afin d'apporter ces modifications proposées par ladite Commission.

Enfin, conformément aux dispositions de l'Accord, les parties rappellent que cette Commission analysera l'évolution du régime suite aux changements apportés par le présent avenant pour soumettre d'éventuelles modifications aux parties signataires.

## Article 1

### Objet

---

Cet avenant a pour objet de modifier l'article 4 de l'Accord concernant les cotisations, et l'article 5 concernant les garanties.

Les autres dispositions de l'Accord restent inchangées sous réserve d'application directe des dispositions législatives intervenues depuis sa signature (notamment les dispositions relatives aux dispenses d'affiliation).

Par ailleurs, la liste des sociétés constituant le champ d'application de l'Accord est mise à jour pour tenir compte des mouvements de sociétés au sein du Groupe.

## Article 2

### Cotisations

---

Les cotisations servant au financement de la convention d'assurance de remboursement de frais de santé s'élèvent à un montant correspondant à 3,35% du plafond mensuel de la sécurité sociale. Un taux d'appel avait toutefois été fixé à 3,22% du même plafond à la date d'effet de l'Accord.

Conformément à l'article 4.2 de l'Accord, les parties ont convenu, sur proposition de l'organisme assureur, et compte tenu des travaux de la Commission Prévoyance, d'adopter un taux d'appel minoré. Cette cotisation sera appelée à hauteur de 3,10 % du même plafond à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Par ailleurs, compte tenu des excédents constitués par le régime, les cotisations des mois de novembre et décembre 2017 ne seront pas appelées.

Les autres dispositions concernant les cotisations restent inchangées.

## Article 3

### Garanties

---

Les garanties mises en oeuvre par l'organisme assureur dans le cadre de l'Accord sont mises en conformité avec les dernières évolutions législatives et réglementaires telles qu'issues des articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2017.

#### Article 4

### Dépôt et publicité

Conformément aux articles L.2231-6 et D.2231-2 et suivants du Code du travail, un exemplaire du présent avenant sera déposé auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), ainsi qu'au secrétariat greffe du conseil de prud'hommes du lieu de sa conclusion.

Une version sur support électronique est également communiquée à la DIRECCTE du lieu de signature de l'accord.

Ces formalités de dépôt seront assorties, notamment, de la liste, en trois exemplaires, des entreprises auxquels le présent accord s'applique, ainsi que de leurs adresses respectives.

En outre, un exemplaire sera établi pour chaque partie.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations syndicales représentatives dans l'entreprise et non signataires de celui-ci.

Enfin, en application des articles R.2262-1, R.2262-2 et R.2262-3 du Code du travail, il sera transmis aux représentants du personnel et mention de cet avenant sera faite sur les panneaux réservés à la direction pour sa communication avec le personnel ainsi que sur l'intranet.

A Massy, le 29 septembre 2017

Pour le groupe Carrefour France, Madame Marie-Hélène CHAVIGNY, Directrice des Ressources Humaines Carrefour France par interim,



Pour les organisations syndicales représentatives :

- la Fédération des Services CFDT, représentée par Monsieur Sylvain MACE dûment mandaté,

- le SNEC / CFE-CGC Agro, représenté par Monsieur Thierry FARAUT, dûment mandaté,

- la Fédération des Personnels du Commerce, de la Distribution et des Services CGT, représentée par Monsieur Philippe ALLARD, dûment mandaté,

- la FGTA/FO, représentée par Madame Jacqueline POITOU, dûment mandatée.

#### Annexes :

1. Liste des sociétés adhérentes
2. A titre informatif : Résumé des garanties

**ANNEXE 1 : Liste des sociétés adhérentes à l'accord et à l'avenant**

ALMIA MANAGEMENT  
CARAUTOROUTES  
CARMA  
CARREFOUR SA  
CARREFOUR ADMINISTRATIF FRANCE  
CARREFOUR BANQUE  
CARREFOUR DRIVE  
CARREFOUR FRANCE  
CARREFOUR HYPERMARCHES  
CARREFOUR IMPORT  
CARREFOUR MANAGEMENT  
CARREFOUR MARCHANDISES INTERNATIONALES  
CARREFOUR PARTENARIAT INTERNATIONAL  
CARREFOUR PROPERTY GESTION  
CARREFOUR PROPERTY INTERNATIONAL  
CARREFOUR PROXIMITE FRANCE  
CARREFOUR SERVICES CLIENTS  
CARREFOUR SUPPLY CHAIN  
CARREFOUR SYSTEME INFORMATION  
CARREFOUR VOYAGES  
CENTRE DE FORMATION ET COMPETENCES  
COVICAR 2  
CPF ASSET MANAGEMENT  
CSF  
FINIFAC  
GENEDIS  
GUYENNE & GASCOGNE  
HYPERADOUR  
INTERDIS  
LAPALUS & FILS  
LOGISTICADOUR  
MAISON JOHANES BOUBEE  
MARKET PAY  
MARKET PAY TECH  
MONTEL DISTRIBUTION  
OOSHOP  
SOCIETE DES NOUVEAUX HYPERMARCHES – SDNH  
SUPERADOUR  
VEZERE DISTRIBUTION

**Annexe 2 : Résumé des garanties Frais médicaux au 1<sup>er</sup> novembre 2017**

Les prestations ci-après définies s'entendent pour tous les soins pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulations contraires, dans la limite des frais réels exposés.

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

Ces garanties couvrent le salarié et ses ayants droit tels que définis dans le contrat d'adhésion auprès de l'APGIS.

NATURE DE L'ACTE	LIBELLE DES PRESTATIONS	
	Praticiens CAS / OPTAM ou OPTAM-CO*	Praticiens Non CAS / Non OPTAM ou Non OPTAM-CO*
<b>GENERALISTES : CONSULTATIONS – VISITES</b> Conventionné ou non	100% du Ticket Modérateur + 120% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur + 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
<b>SPECIALISTES : CONSULTATIONS – VISITES</b> Conventionné ou non	100% du Ticket Modérateur + 170% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur + 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
<b>ACTES TECHNIQUES</b>	100% du Ticket Modérateur + 270% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur + 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
<b>RADIOLOGIE</b>	100% du Ticket Modérateur + 270% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale	100% du Ticket Modérateur + 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale
<b>ANALYSES – AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale	
<b>DEPLACEMENTS – MAJORATIONS</b>	100% du Ticket Modérateur	
<b>PACK CONSULTATIONS non remboursées par la Sécurité sociale :</b> Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture, psychothérapie, psychomotricité pour les enfants, nutritionnistes, diététiciens, homéopathie, pédicure.	30 € par consultation. Garantie limitée à 3 consultations par an et par bénéficiaire	
<b>OSTEODENSITOMETRIE non remboursée par la Sécurité sociale</b>	40 € par consultation	
<b>PHARMACIE</b>	100% du Ticket Modérateur	
<b>APPAREILLAGES – ORTHOPEDIE – PROTHESES AUDITIVES – PROTHESES MEDICALES AUTRES QUE PROTHESES DENTAIRES</b>	600% de la Base de Remboursement Sécurité sociale moins le remboursement de la Sécurité sociale	
<b>TRANSPORT avec ou sans hospitalisation</b>	100% du Ticket Modérateur	
<b>CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale</b>	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	

NATURE DE L'ACTE	LIBELLE DES PRESTATIONS	
<p><b>SOINS DENTAIRES</b> remboursés par la Sécurité sociale</p> <p><b>PROTHESES DENTAIRES</b> remboursées ou non par la Sécurité sociale et inscrites à la nomenclature Sécurité sociale</p> <p><b>ORTHODONTIE</b> remboursée ou non par la Sécurité sociale</p> <p>Prothèses non remboursées Sécurité sociale : Sont concernées uniquement les couronnes sur dent vivante Limitation à 6 semestres pour l'orthodontie non remboursée Sécurité sociale</p> <p><b>IMPLANT DENTAIRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100% des frais réels pour la fraction des frais n'excédant pas 350% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</li> <li style="text-align: center;">+</li> <li>▪ 50% des frais réels pour la fraction des frais comprise entre 350% et 500% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</li> </ul> <p style="text-align: center;">moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>Aucun remboursement pour la fraction des frais réels au-delà de 500% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>300 € par implant. Garantie limitée à 2 implants par an et par bénéficiaire.</p>	
<p><b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE OU OBSTETRICALE</b> Conventionné ou non conventionné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Honoraires</li> <li>▪ Frais de séjour</li> <li>▪ Forfait journalier hospitalier</li> <li>▪ Chambre Particulière</li> <li>▪ Frais d'accompagnant (enfant moins de 17 ans)</li> </ul>	<p>Praticiens CAS / OPTAM ou OPTAM-CO*</p>	<p>Praticiens Non CAS / Non OPTAM ou Non OPTAM-CO*</p>
	<p>100% du Ticket Modérateur + 300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p>	<p>100% du Ticket Modérateur + 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100% du Ticket Modérateur + 300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>100% du forfait en vigueur</p> <p>2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par jour</p> <p>2,50% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par nuit</p>
<p><b>OPTIQUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Monture adulte et enfant de 18 ans et plus</li> <li>▪ Monture enfant (moins de 18 ans)</li> <li>▪ Verre</li> <li>▪ Lentilles acceptées par la Sécurité sociale</li> <li>▪ Lentilles refusées par la Sécurité sociale</li> </ul>	<p>Adulte et enfant de 18 ans et plus : 1 équipement tous les 24 mois sauf changement de correction (12 mois). Cette limitation s'entend à partir de la date du dernier équipement d'optique remboursé par l'APGIS.</p> <p>150 €</p> <p>300% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>Voir grille optique</p> <p>100% des frais réels moins le remboursement de la Sécurité sociale</p> <p>8% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire</p>	
<p><b>MATERNITE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forfait naissance (1)</li> </ul>	<p>10% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Doublé en cas de naissances multiples.</p>	

(1) Cette indemnité sert à compenser de manière forfaitaire, les frais médicaux exposés durant la maternité (dépassements sur consultations pré ou post natales obligatoires, etc ...). Aucun autre remboursement complémentaire n'est effectué durant la période de maternité du fait de la prise à 100% de la base de remboursement par le Régime Obligatoire.

6/8  
PA  
avec  
W PJ  
FG

\* : **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

**OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

Le CAS, 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, à l'OPTAM-CO ou au CAS, consultez le site de la sécurité sociale sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

**Base de Remboursement de la Sécurité sociale** : 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.

**Plafond Mensuel Sécurité sociale** : Valeur 2017 : 3 269 €

GRILLE OPTIQUE		
Remboursement par verre en complément de la Sécurité sociale	ADULTE et ENFANT de 18 ans et plus	ENFANT de moins de 18 ans
Verre uni-focal de sphère inférieure ou égale à 6 et cylindre inférieur ou égal à 4	115 €	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	180 €	120 €
Verre multifocal ou progressif sphère-cylindre de sphère inférieure ou égale à 8	250 €	130 €
Autre verre multifocal ou progressif	350 €	200 €

#### Précisions sur les Garanties

Les Garanties définies par le Contrat se conforment au cahier des charges des Contrats dits "responsables" tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale et les dispositions y afférant.

Le Régime prend en charge, à hauteur du ticket modérateur, tous les actes de prévention de la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006).

Les remboursements indiqués au Tableau des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale).

Lorsque les Garanties, en secteur non conventionné, sont exprimées en fonction de la Base de Remboursement ou des prestations du Régime Obligatoire, l'Institution applique le tarif d'autorité de cet organisme.

Pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, la Base de remboursement est reconstituée d'après la Base de remboursement qu'aurait retenue le Régime Obligatoire s'il était intervenu.

- **PACK CONSULTATIONS**

Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le Ministère de la Santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

- **IMPLANT DENTAIRE**

Cette Garantie comprend le pilier implantaire et l'implant. Pour chaque implant dentaire, il n'est effectué qu'un seul remboursement forfaitaire même si les soins sont réalisés sur deux années civiles.

Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

• **OPTIQUE**

**En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ou pour un bénéficiaire mineur, le délai de 2 ans prévu dans le tableau de Garantie n'est pas appliqué et est réduit à 1 an.**

La prise en charge des frais d'optique est effectuée dans le cadre des dispositions du « contrat responsable » (article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses décrets d'application) et celles du « panier de soin » décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 en application de l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Ci-dessous sont reproduites, pour information, les dispositions légales et réglementaires applicables au « contrat responsable » :

LUNETTES COMPORTANT :	LA PRESTATION NE PEUT PAS	
	ETRE INFERIEURE A :	EXCEDER : (plafond de remboursement de la monture de 150 euros maximum inclus)
2 verres simples	100 €	470 €
1 verre simple et 1 verre complexe	150 €	610 €
2 verres complexes	200 €	750 €
1 verre simple et 1 verre hyper complexe	150 €	660 €
1 verre complexe et 1 verre hyper complexe	200 €	800 €
2 verres hyper complexes	200 €	850 €

On entend par :

- Verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,
- Verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs,
- Verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

• **MATERNITE**

Le forfait est réglé en remboursement des dépenses occasionnées par la naissance d'un ou de plusieurs enfants, sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du ou des enfants.