

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETÉ INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE

Accord du 21 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et en matière de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) aux ministères économiques et financiers

NOR : ECOP2417733O

Entre :

Le représentant de l'Employeur, signataire *in fine*,

Et :

Les organisations syndicales représentatives, signataires *in fine*,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la commande publique ;

Vu le code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 9, L. 223-1, L. 827-1 et L. 827-2 ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, notamment le II de l'article 1^{er} ;

Vu le décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 modifié relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

Vu le décret n° 2020-1427 du 20 novembre 2020 relatif aux comités sociaux d'administration dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Vu le décret n° 2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique ;

Vu le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat du 26 janvier 2022 ;

Vu l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu l'accord interministériel relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat du 20 octobre 2023.

Préambule

Un cadre juridique a été mis en place en 2007 pour couvrir les risques santé et prévoyance dans la fonction publique d'Etat. Ce cadre juridique s'articule autour du référencement d'un organisme assureur par le ministère. L'objectif était de préserver, dans le respect du droit européen, une solidarité des agents actifs envers les retraités et les familles via un organisme de protection complémentaire.

Le taux de couverture par un organisme assureur référencé est très important avec 76 % des actifs du ministère et 78 % des retraités. L'offre référencée couvre de manière couplée la santé, la prévoyance et la perte d'autonomie. L'adhésion des agents à l'offre référencée est facultative.

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique définit un nouveau cadre afin de favoriser et d'améliorer la couverture sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Elle s'articule en deux volets :

- les risques « santé » correspondent aux risques d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique ainsi qu'à la maternité de l'agent. Ainsi, les garanties « santé » couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent après le remboursement de la part versée par son régime de base de sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des frais non remboursés par ce régime ;
- les risques « prévoyance » correspondent à ceux résultant de l'incapacité de travail, de l'incapacité, de l'invalidité et du décès de l'agent. Ainsi, les garanties « prévoyance » couvrent, d'une part, les agents contre les pertes de revenus liées à leur incapacité de travail, incapacité ou invalidité et, d'autre part, leurs ayants droit en cas de décès de l'agent.

S'agissant du volet « santé » en application des dispositions de l'ordonnance du 17 février 2021 une négociation interministérielle a été conduite qui a permis la signature d'un accord interministériel relatif au volet santé de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'Etat le 26 janvier 2022 par la ministre de la transformation et de la fonction publiques et l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

Le dispositif juridique relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé dans la fonction publique de l'Etat pose un cadre général qui permet d'offrir aux agents un régime de protection sociale complémentaire en santé de qualité, fondé sur un socle interministériel de garanties santé, dans le cadre de contrats collectifs avec une participation financière de l'Employeur.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé.

Ce régime succédera d'une part, au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire, dit de référencement, dans le cadre de la convention du 30 mai 2017.

En ce qui concerne le volet prévoyance, un accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat a été signé. Il complète le cadre défini par l'accord en santé en assurant une couverture globale des agents, qui combine garanties mises en œuvre par l'Employeur et garanties mises en œuvre dans le cadre de la protection sociale complémentaire. L'Etat s'engage à mettre en place un cadre pour la prévoyance de ses agents en recherchant la mutualisation du risque la plus large possible. Ainsi, la couverture de ces risques sera d'abord assurée par le déploiement de nouvelles garanties « Employeur », dont la charge financière sera intégralement assumée par l'Etat, complétées par une offre de couverture complémentaire, dont la charge financière sera assumée par les agents et les employeurs publics via une participation financière.

Dans le cadre de cet accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès, perte d'autonomie) dans la fonction publique de l'Etat, le présent accord ministériel sur la prévoyance, permettra d'assurer aux agents du ministère une couverture du risque prévoyance protectrice et de haute qualité.

Le présent accord ministériel est pris en application des dispositions relatives à la négociation collective prévues aux articles L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

TITRE I^{er}

NOUVEAU CADRE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE EN SANTÉ ET EN PRÉVOYANCE (ARTICLES 1 À 4)

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet, de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 26 janvier 2022 sur le volet santé, et de préciser les modalités de fonctionnement de l'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance qui sera souscrit par l'Employeur auprès d'un organisme relevant des catégories mentionnées à l'article 7 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance. Ces garanties complémentaires permettront aux adhérents aux contrats de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'adhésion au régime mis en place en matière de santé est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs employés et rémunérés du périmètre concerné. L'adhésion au contrat ainsi que le bénéfice des garanties prennent effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion. Aucun délai de carence n'est applicable.

L'adhésion des retraités et des ayants droit est facultative.

Le présent accord prévoit aussi de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 sur le volet prévoyance, complétées par les dispositions issues de la négociation ministérielle.

Il précise les modalités de fonctionnement de l'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance en matière de risques d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès qui sera souscrit par l'Employeur auprès d'un organisme relevant des catégories mentionnées à l'article 7 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance.

L'adhésion au régime mis en place en matière de prévoyance est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs employés et rémunérés du périmètre concerné. L'adhésion au contrat ainsi que le bénéfice des garanties prennent effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion. Aucun délai de carence n'est applicable.

Article 2

Champ d'application de l'accord

Le présent accord ministériel s'inscrit dans le cadre du périmètre défini par l'accord de méthode du 29 novembre 2023.

Il couvre l'ensemble des agents employés et rémunérés par le ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (MEFSIN), c'est-à-dire l'ensemble des directions ministérielles, les services à compétence nationale, les services déconcentrés, dont les agents affectés dans les DDI, ainsi que les établissements publics relevant du comité social d'administration ministériel.

Il couvre par ailleurs les établissements publics et autorités administratives indépendantes qui ont communiqué leur intention d'être rattachés au ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique qui sont précisés dans l'annexe 1 (liste exhaustive).

Les parties conviennent que le présent accord sera directement applicable au sein desdits services, établissements et autorités dès son entrée en vigueur.

Le périmètre ainsi défini pourra s'étendre aux établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui, ultérieurement, rejoindraient le dispositif.

Article 3

Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale en santé

3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « bénéficiaires actifs » qui sont employés et rémunérés par les employeurs mentionnés à l'article 2 du présent accord.

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 liste les catégories d'agents concernés (y compris les agents des établissements et autorités indépendantes). Il s'agit :

- des fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- des agents contractuels de droit public et ceux de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire) ;
- des apprentis ;
- des ouvriers de l'Etat.

Les agents conservent l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle.

Les agents affectés à l'étranger et dans les départements et régions d'outre-mer, Saint-Barthélemy et Saint-Martin) et en Nouvelle-Calédonie pendant les 6 premiers mois sur le territoire, sont également bénéficiaires du régime complémentaire obligatoire.

3.2. Bénéficiaires à titre facultatif

Les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent adhérer de manière facultative au contrat collectif objet du présent accord.

Peuvent être affiliés au régime ainsi mis en place les ayants droit d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité :

- conjoint non séparé de corps ;
- partenaire de PACS ;
- concubin ;
- enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - agé de moins de 21 ans ;

- agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi ;
- reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1° de l'article 5, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

3.3. Cas de dispenses d'adhésion (sur présentation de justificatifs)

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, les agents actifs répondant aux situations mentionnées ci-après, sont à leur demande dispensés d'adhésion :

- les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze mois à compter de la date d'effet du contrat collectif ;
- les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
- les agents bénéficiaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit :
 - d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans les conditions prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale de droit privé, que l'adhésion des ayants droit au dit dispositif soit obligatoire ou facultative ;
 - d'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé ;
 - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent formuler leur demande accompagnée des justificatifs nécessaires.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix.

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

3.4. Bénéficiaires du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

Conformément aux dispositions de l'article 21 du décret du 22 avril 2022 précité, les cotisations des bénéficiaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par ce régime.

Pour le calcul de la cotisation d'équilibre, l'impact de la solidarité sur les retraités sera calculé tout régime confondu et le montant intégré à la cotisation d'équilibre du régime local sera identique à celui du régime général.

Article 4

Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en prévoyance

4. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime complémentaire obligatoire de couverture des risques prévoyance s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par les employeurs mentionnés à l'article 2 du présent accord. Les agents actifs sont les fonctionnaires civils de l'Etat, les apprentis, les ouvriers d'Etat et les agents contractuels de droit public et les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

Sous réserve des dispositions réglementaires d'application de l'accord du 20 octobre 2023, pour les agents placés en position interruptive de rémunération par un employeur public, notamment en disponibilité ou en congé parental, le contrat est suspendu jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant des garanties incapacité et invalidité. S'agissant des garanties décès, il est suspendu ou reste en vigueur à la demande de l'agent.

TITRE II

GARANTIES ET PRESTATIONS (ARTICLES 5 À 6)

Article 5

Garanties et prestations en matière de santé

5.1. Garantie de base

Les garanties du panier de soins interministériel ainsi que les montants de remboursement définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé, seront repris dans le contrat collectif. L'adhésion à la garantie du panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout bénéficiaire actif hors cas de dispenses.

5.2. Garanties optionnelles

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des agents, deux garanties optionnelles leur sont proposées. L'agent aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un changement par période de 12 mois.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit, s'ils sont adhérents au panier de soins, à cette même option.

Le tableau de garanties des deux options figure à l'annexe 2 du présent accord.

Les taux et montants de remboursement des garanties optionnelles peuvent faire l'objet de modifications à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), prévue à l'article 12 ci-après. Ces modifications donnent lieu à un avenant au présent accord et à une modification du contrat collectif.

5.3. Maintien des garanties

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage.

Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

5.4. Les actions de prévention en santé

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif sera conclu. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail. Elles devront être mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants, notamment avec ceux mis en œuvre par l'assurance maladie.

Ces mesures porteront notamment sur des actions de sensibilisation, des opérations de dépistage et de vaccinations conduites par des professionnels de santé. Elles seront ciblées sur des thématiques prioritaires qui auront été examinées par la CPPS en application des dispositions de l'article 12 du présent accord.

5.5. Accompagnement social

Des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif ministériel seront mises en place par l'organisme assureur, en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires selon des orientations fixées par la CPPS.

Le présent accord fixe les grands principes de l'accompagnement social.

50 % des crédits sont mobilisés pour la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Ces prestations comprennent notamment :

- des mesures à destination des personnes et enfants en situation de handicap et des aidants ;
- des mesures en faveur des agents en situation de perte d'autonomie. Ces mesures peuvent notamment prendre en charge une partie des dépenses liées à une prise en charge dans un établissement spécialisé.
- des mesures en faveur des bénéficiaires confrontés à un reste à charges ponctuel et exceptionnel important.

50 % des crédits sont mobilisés pour la mise en œuvre d'une mesure sociale à destination des agents actifs aux rémunérations les plus faibles dont les enfants sont adhérents au contrat solidaire. Cette mesure prend la forme d'une aide forfaitaire annuelle et reconductible en faveur des dépenses de santé des enfants. Cette aide sera ciblée sur les agents dont la rémunération est la plus faible. L'objectif est de couvrir 30 % des agents actifs.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 3 % des cotisations acquittées par les bénéficiaires. Ce taux pourra faire l'objet d'une révision tous les ans sur proposition de la CPPS après accord des signataires du présent accord ministériel.

5.6. Fonds d'aide aux retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est mis en place. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités ayant les pensions les plus faibles. L'octroi de cette aide tient compte des pensions du bénéficiaire retraité. L'objectif est de couvrir 30 % des agents retraités.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide seront déterminées par la CPPS.

Le barème et les conditions d'attribution seront revus chaque année. Les bénéficiaires devront à cet effet produire chaque année un justificatif de leur qualité de bénéficiaire.

L'alimentation de ce fonds s'opère via la collecte d'une cotisation additionnelle de 2 % acquittée par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

Article 6

Garanties en matière de prévoyance

6.1. Garanties employeur

Par voie statutaire, l'Etat entend renforcer la prise en charge des risques incapacité de travail, invalidité, décès, leur couverture étant d'abord assurée par le déploiement de nouvelles garanties « Employeur » dont la charge financière sera intégralement assurée par l'Etat.

Cela recouvre le renforcement de la prise en charge de l'incapacité, la réforme du régime de prise en charge de l'invalidité d'origine non professionnelle, l'amélioration des garanties des ayants-droits des agents décédés, les dispositifs en faveur du maintien et du retour à l'emploi que l'Etat s'engage à renforcer.

Les garanties « Employeur » relatives aux risques incapacité et décès, telles qu'elles résultent de l'accord interministériel en prévoyance du 20 octobre 2023, seront mises en place au cours de l'année 2024.

Les garanties « Employeur » relatives au risque invalidité entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2027 en application de dispositions législatives qui seront soumises au vote du Parlement au plus tard en 2025, selon les dispositions de l'article 16 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023.

Les garanties « Employeur » sont complétées par des garanties complémentaires en matière d'incapacité, d'invalidité et de décès dans les conditions définies par le présent accord.

6.2. Garanties complémentaires

Conformément aux dispositions de l'article 18 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, le contrat collectif de protection sociale complémentaire prévoit la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

Il comprendra la couverture du congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique et le congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 susvisé, l'invalidité d'origine non professionnelle, le décès.

En application des dispositions de l'article 17.2 de l'accord interministériel, la charge financière de cette couverture complémentaire sera assurée par les agents et les employeurs publics avec une participation financière de l'Employeur pour un montant fixé à 7 € par mois et par agent.

La participation financière de l'Employeur sera exclusivement réservée au financement des garanties interministérielles telles que définies à l'article 18 de l'accord interministériel et pour les niveaux de prise en charge fixés à cet article et décrits en annexe 2.

6.3. Garanties additionnelles

Les agents pourront adhérer selon des modalités définies par l'Employeur à des garanties additionnelles proposées par l'organisme complémentaire sélectionné pour assurer les garanties interministérielles prévues par les articles 17, 18 et 19 de l'accord interministériel.

Ces garanties additionnelles porteront sur :

- le congé ordinaire de maladie - CMO ;
- le congé longue durée - CLD.

La souscription de garanties additionnelles n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsqu'elle intervient pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat souscrit par l'Employeur, la date d'embauche de l'agent, si cette date est postérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Le contenu des garanties additionnelles est décrit en annexe 3.

6.4. Assiette de calcul des garanties

La rémunération de référence servant d'assiette au calcul des prestations en matière de prévoyance (garanties complémentaires et additionnelles) est celle définies pour l'incapacité et l'invalidité par l'article 2.2 et pour le décès par l'article 7 de l'accord du 20 octobre 2023.

TITRE III

COTISATIONS (ARTICLES 7 À 9)

Article 7

Cotisations en matière de santé

7.1. Cotisations au panier de soins interministériel

7.1.1. *Montant de la cotisation d'équilibre*

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu, après avis de la CPPS conformément à l'article 12 du présent accord.

7.1.2. *Cotisations additionnelles*

Le fonds d'aide à destination des retraités est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires des contrats collectifs, dont le montant est fixé à 2 % de la cotisation acquittée par les bénéficiaires.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif à 3 % de la cotisation acquittée par les bénéficiaires.

7.1.3. *Cotisations des agents actifs*

Le financement de la cotisation d'équilibre se répartit comme suit :

En application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre des agents actifs, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime.

L'agent a à sa charge :

- une première part forfaitaire de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle solidaire fixée en fonction de ses rémunérations mensuelles soumises à CSG et CRDS, plafonnée au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30 % de la cotisation d'équilibre.

L'agent devra également s'acquitter des cotisations additionnelles selon les modalités prévues à l'article 7.1.2 du présent accord.

7.1.4. *Cotisations des retraités*

Le montant des cotisations des retraités sera fixé dans le contrat collectif. Cette cotisation est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre.

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième années, à 150 % ;
- l'âge au-delà duquel le montant des cotisations des retraités n'évolue plus en fonction de l'âge est fixé à 75 ans par l'arrêté du 30 mai 2022.

Les taux plafond indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires ou des modalités fixées par le décret du 22 avril 2022.

Les retraités devront également s'acquitter des cotisations additionnelles présentées à l'article 7.1.2 du présent accord.

7.1.5. *Cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités*

Le montant des cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités finance le recours aux garanties. Il sera fixé dans le contrat collectif :

Enfants :

Ce montant est fixé dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap.

Ce montant est plafonné à 50 % de la cotisation d'équilibre des bénéficiaires actifs, pour les enfants de moins de 21 ans et dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

Conjoints des bénéficiaires actifs

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs sera fixé dans le contrat collectif dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre après avis de la CPPS conformément à l'article 12 du présent accord.

Conjoints des bénéficiaires retraités

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités finance le recours aux garanties. Il sera fixé dans le contrat collectif après avis de la CPPS conformément à l'article 12 du présent accord.

Les ayants-droits des bénéficiaires actifs et retraités devront également s'acquitter des cotisations additionnelles présentées à l'article 7.1.2 du présent accord.

7.2. Cotisations aux garanties optionnelles

La souscription d'une garantie optionnelle, facultative, donnera lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel.

L'Employeur prend part au financement des garanties optionnelles de chaque agent actif à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite de 5 € par bénéficiaire actif et par mois quelle que soit l'option choisie.

Les cotisations des options des enfants sont diminuées de 50 % par rapport à leur coût réel afin de favoriser la solidarité au bénéfice des familles. Le financement de ce mécanisme de solidarité est assuré par les agents actifs, les retraités, selon un barème progressif établi sur leur niveau de rémunérations et de pensions.

Article 8

Cotisations en matière de prévoyance

Pour les garanties complémentaires et additionnelles des risques incapacité, invalidité et décès, la rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est celle définies par l'article 2.2 de l'accord du 20 octobre 2023. Pour les garanties complémentaires du risque décès, elle est définie à l'article 7 de l'accord du 20 octobre 2023.

La cotisation versée au titre des garanties complémentaires et additionnelles des risques incapacité, invalidité et décès est calculée à partir d'un pourcentage de la rémunération de référence unique pour l'ensemble des bénéficiaires.

L'Employeur participe à hauteur de 7 € par mois au financement de la cotisation des bénéficiaires actifs versée au titre du socle interministériel de garantie du régime complémentaire de prévoyance.

Les garanties additionnelles sont à la charge exclusive de l'agent.

Article 9

Evolution tarifaire

Les montants de cotisations définis dans les contrats pourront faire l'objet d'une révision chaque année, en fonction des résultats dudit contrat.

La commission paritaire de pilotage et de suivi mentionnée à l'article 12 du présent accord participe à la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme assureur.

Lors de l'évolution de la tarification en cours de contrat, la commission paritaire de pilotage et de suivi pourra examiner l'opportunité d'introduire un principe de progressivité de la tarification des garanties prévoyance.

Les agents seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

TITRE IV

DISPOSITIONS COMMUNES (ARTICLES 10 À 14)

Article 10

Sélection des contrats collectifs en santé et en prévoyance

L'Employeur met en œuvre une procédure de marché public qui, en application du code de la commande publique, comportera deux lots distincts le premier portant sur le régime collectif en santé, le second portant sur le régime collectif en prévoyance. Le/les titulaire/s du marché sera/seront sélectionné/s pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant a minima les critères suivants mentionnés à l'article 8 du décret n° 2022-633 :

Critères de sélection liés aux candidats :

- les garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats.

Critères de sélection liés aux contrats :

- le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- la maîtrise financière des contrats ;
- la qualité de gestion des contrats et des services ;
- la diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats.

Le titulaire devra s'engager à respecter les exigences relatives aux considérations sociales et environnementales qui seront énoncées dans le futur cahier des charges du marché.

L'Employeur peut, après avis de la CPPS, ajouter, tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de ses agents. D'autres critères pourront être proposés par la CPPS.

La CPPS est consultée sur la définition des critères, leur hiérarchisation et leur pondération dans le respect des principes généraux de la concurrence et dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêt.

Les critères d'analyse des offres devront être en adéquation avec les spécificités et les besoins des agents du ministère en matière de protection sociale complémentaire.

Avant l'attribution du contrat collectif, l'Employeur présente à la CPPS un rapport exposant son analyse des offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans les documents de la consultation. La CPPS émet un avis sur ce rapport.

Article 11

Information individuelle

Le présent accord est porté à la connaissance des agents via le site Alizé, les intranets directionnels et le Portail de l'action sociale ouvert sur internet et accessible aux agents retraités.

11.1. Informations générales sur le dispositif de protection sociale complémentaire

En ce qui concerne le régime collectif en santé, les agents actifs sont destinataires d'une information de l'Employeur précisant les principes d'affiliation, celles de leur(s) ayant(s)-droit(s) ainsi que les modalités de dispense.

Les conditions de participation de l'Employeur au financement de la cotisation ainsi que les modalités de fixation de la cotisation seront également décrites.

Les modalités opérationnelles d'affiliation ainsi que de dispense seront également précisées par l'organisme retenu et l'Employeur. Il en ira de même en cas de modification des garanties et/ou du contrat.

Un dispositif d'information à destination des retraités sera mis en œuvre.

Le cahier des charges de la consultation en vue de la sélection d'un organisme de protection sociale complémentaire prévoira la mise à disposition d'un simulateur afin de permettre aux agents actifs, ayants droits et retraités d'estimer le montant de leur cotisation, ainsi que des notices explicatives.

11.2. Information suite à l'attribution des contrats

Une notice d'information détaillant les frais couverts, les garanties ainsi que leurs modalités d'application, et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, sera remise à chaque bénéficiaire affilié au contrat.

Les modalités opérationnelles d'affiliation, celles de leur(s) ayant(s)-droit(s) en ce qui concerne le régime collectif en santé, ainsi que de dispense seront également précisées par l'organisme retenu et l'Employeur. Il en ira de même en cas de modification des garanties et/ou du contrat.

Article 12

Commission paritaire de pilotage et de suivi

Une commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) est mise en place. La CPPS participe au pilotage du régime dans le cadre des compétences définies aux articles 23, 24 et 28 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Elle assure le pilotage du fonds d'aide aux retraités, et des prestations d'accompagnement social prévues à l'article 27. Elle formule un avis pour la mise en œuvre du dispositif d'ajustement des mécanismes de solidarité prévus à l'article 23 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022. Elle est consultée sur les critères de sélection et le rapport d'analyse des offres des candidats.

Compte tenu de la démographie du ministère (âge moyen des agents actifs, proportion des agents actifs et des retraités), la CPPS se dotera d'indicateurs de suivi permettant de mesurer dans le temps l'impact de cette situation sur l'équilibre du contrat.

La CPPS sera compétente dans les mêmes formes, conditions et limites en ce qui concerne le régime collectif en prévoyance.

La CPPS peut proposer, aux signataires de l'accord, une révision de l'accord concernant les dispositions portant sur la fixation des taux du fonds retraités et les mécanismes d'accompagnement social.

Elle examinera l'opportunité d'introduire un principe de progressivité des cotisations pour les garanties en prévoyance en lien avec l'organisme assureur désigné lors de l'évolution de la tarification.

La CPPS examinera les conditions de la transition entre le contrat « référencé » et la couverture du risque perte d'autonomie proposée le cas échéant par les organismes assureurs à l'issue du contrat référencé.

Elle fera le suivi des souscriptions des garanties additionnelles en prévoyance.

La CPPS se réunit au moins trois fois par an.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle sera composée paritairement de représentants de l'Employeur et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels, détenant un siège en comité social d'administration ministériel (CSAM).

La composition de la CPPS et la répartition des voix sont présentées en annexe 4. Le renouvellement de la CPPS est défini à l'article 29 du décret du 22 avril 2022.

Un règlement intérieur de la CPPS est adopté lors de la première séance.

Article 13

Révision et dénonciation de l'accord ministériel

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les articles L. 227-2 à L. 227-4 du code général de la fonction publique et selon les mêmes modalités que celles de sa publication. En cas d'évolutions des textes législatifs et réglementaires relatif au régime de protection sociale complémentaire, celles-ci seront intégrées dans l'accord.

Article 14

Comité de suivi de l'accord

Il est créé un comité de suivi de l'accord ministériel comprenant des représentants de l'Employeur et des organisations syndicales signataires de l'accord.

Il a pour objet de suivre l'application de cet accord par l'Employeur et notamment les modalités opérationnelles de mise en œuvre par l'administration et l'organisme assureur. Il est saisi des demandes d'évolution de l'accord ministériel.

TITRE V

DIPOSITIONS FINALES (ARTICLE 15)

Article 15

Entrée en vigueur et durée de l'accord ministériel

Le présent accord collectif ministériel est conclu pour une durée indéterminée. Il fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues aux articles L. 226-1 et L. 226-2 du code général de la fonction publique. Il prend effet à compter du lendemain de cette publication en vue de la mise en place du dispositif de protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé d'une part et de protection sociale complémentaire en matière de prévoyance d'autre part, qui prendront effet à la date prévue dans les conventions d'assurance correspondantes.

LES SIGNATAIRES

Le 21 juin 2024.

En présence du ministre délégué chargé des comptes publics :
THOMAS CAZENAVE

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

La secrétaire générale,

A. BLONDY-TOURET

*Le ministre de la transformation
et de la fonction publiques,*

Pour le ministre et par délégation :

La secrétaire générale,

A. BLONDY-TOURET

Pour les fédérations syndicales ministérielles :

La fédération Solidaires Finances,

A. GUYOT-WELKE

*La fédération des finances CGT,
A. DERIGNY*

*La liste commune « fédération des finances et des affaires
économiques CFDT et fédération des finances CFTC »*

R. RECROSIO
S. MARSEILLE

*La fédération des finances Force Ouvrière,
P. KERHOAS*

*La liste commune « fédération UNSA Finances
et la fédération CFE-CGC des ministères économiques et financiers »,*

H. PAPIN
F. DUPONT

ANNEXES

ANNEXE 1

PÉRIMÈTRE DE L'ACCORD

Les établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorité publique indépendante ci-après ont donné mandat pour rejoindre le présent accord.

Etablissements publics (EP) :

Agence Nationale des Fréquences (ANFR).

Instituts régionaux d'administration (Lyon, Nantes, Metz, Bastia et Lille).

Autorités Administratives Indépendantes (AAI) :

Autorité de la concurrence (AC).

Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse (ARCEP).

Autorité nationale des jeux (ANJ).

Autorité de sûreté nucléaire (ASN).

L'institut national de la propriété intellectuelle (INPI).

ANNEXE 2

TABLEAUX DE GARANTIE EN MATIÈRE DE SANTÉ (SOCLE ET OPTIONS)

Garanties y compris le remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Hospitalisation				
Honoraires (1)				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80 % ou 100 %	150 %	180 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80 % ou 100 %	130 %	160 %	180 %
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgence (FPU)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour				
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80 % ou 100 %	100 %	125 %	150 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité		50 €/nuit	55 €/nuit	60 €/nuit

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Soins de suite		40 €/nuit	40 €/nuit	45 €/nuit
Psychiatrie		45 €/nuit	50 €/nuit	55 €/nuit
Ambulatoire		25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné		38,50 €/nuit	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné		25 €/nuit	25 €/nuit	25 €/nuit
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	150 %	180 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	130 %	160 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	150 %	180 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	130 %	160 %	180 %
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	150 %	180 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	130 %	160 %	180 %
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 %	130 %	150 %	150 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 %	100 %	130 %	130 %
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	120 %	130 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	130 %	130 %	130 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Analyses non remboursées				50 €/an
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)		70 €/an	70 €/an	70 €/an

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	60 %	200 %	200 %	200 %
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	65 %	100 %	100 %	100 %
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé (2)				
Soins et prothèses 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	60 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maitrisé				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 %	375 %	400 %	430 %
Prothèses amovibles	60 %	375 %	400 %	430 %
Prothèses provisoires	60 %	375 %	500 %	600 %
Inlay Core	60 %	375 %	375 %	375 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	200 %	220 %
Panier Libre				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 %	Dent visible : 300 %	400 %	430 %
	60 %	Dent non visible : 250 %	300 %	430 %
Prothèses amovibles	60 %	Dent visible : 300 %	400 %	430 %
	60 %	Dent non visible : 250 %	300 %	430 %
Prothèses provisoires	60 %	300 %	500 %	600 %
Inlay Core	60 %	200 %	200 %	220 %
Inlays onlays d'obturation	60 %	150 %	200 %	220 %
Implantologie				
Implants		500 €/implant (limite 2 implants/an)	1000 €/implant (limite 2 implants/an)	1200 €/implant (limite 2 implants/an)
Couronne sur implant		200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	300 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	375€/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	100 %	250 %	350 %	350 %

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)		400 €/semestre	400 €/semestre	500 €/semestre
Parodontologie				
Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale)			250 €/an	400 €/an
Aides auditives				
Equipements 100 % Santé (2) (3)				
Equipements 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)				
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	60 %	800 €	900 €	1 300 €
Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité	60 %	1 400 €	1 600 €	1 600 €
Frais d'entretien et réparation				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	60 %	100 %	125 %	125 %
Frais d'entretien et réparation non remboursés par la Sécurité sociale			50€/an	50€/an
Optique				
Equipements 100 % Santé (2)				
Equipements 100 % Santé	60 %	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre				
Monture	60 %	50 €	100 €	100 €
Verres	60 %	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	60 %	100 €/an	130€/an	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)		400 €/an	400 €/an	500 €/an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60 %	60 €	100 €	150 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	60 %	110 €	200 €	250 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60 %	60 €	100 €	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60 %	60 €	100 €	150 €

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	60 %	110 €	200 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	60 %	110 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	60 %	110 €	200 €	250 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	60 %	150 €	200 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	60 %	150 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	60 %	200 €	250 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	60 %	200 €	250 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	60 %	200 €	250 €	300 €
Autres postes				
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	65 %	100%	100%	100% + 100€
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue		2 séances/an (limite 40 €/séance)	5 séances/an (limite 45 €/séance)	5 séances/an (limite 50 €/séance)
Psychologue				
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	60 %	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1 ^{ère} séance 30 € pour les 7 séances restantes
Psychologue		4 séances/an (limite 30 €/séance)	6 séances/an limite 40€/séance	6 séances/an limite 40€/séance
Actes refusés par la sécurité Sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique		80 €/an	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse		80 €/an	90 €/an	100 €/an
Dépistage (surdité enfant, trouble du langage, hyperactivité, ...)			50 €/an	50 €/an
Prévention				

Poste de soins	Part SS	Panier de soins interministériel	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
		Remboursement	Remboursement	Remboursement
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif		183 €/acte	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	Variable	100 %	100 %	100 %

- (1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.
(2) Tels que définis règlementairement par le code de la sécurité sociale.
(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.
(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

Tableau de garanties du panier de soins « étranger »

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000 euros/an/bénéficiaire)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites généralistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Consultations/Visites de médecins spécialistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes techniques médicaux		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes d'imagerie médicale		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux		
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	90 % FR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	1 ^{re} séance 40 € puis 30 €/séance	1 ^{re} séance 40 € - 30 €/séance (dans la limite de 8 séances, sans notion de prise en charge par la SS)
Analyses et examens de laboratoire		
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR	90 % FR
Affection longue durée (Prise en charge 100 % SS Française)		100 % FR

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000 euros/an/bénéficiaire)
Cures thermales		
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	100 % BRR
Pharmacie		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical faible	100 % BR	90 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	100 € / an
Frais de transport		
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	90 % FR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	150% BRR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100 % santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Soins dentaires	100 % BR	90 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé)		
Panier Maitrisé		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 % BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	375 % BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	375 % BR	320 % BRR
Inlay Core	375 % BR	320 % BRR
Inlays onlays d'obturation	150 % BR	140 % BRR
Panier aux tarifs libres		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	300 % BR	320 % BRR
Inlay Core	200 % BR	140 % BRR
Inlays onlays d'obturation	200 % BR	140 % BRR
Implantologie		
Implants (limite 2 implants/an)	500 €/implant	500 €/implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne	200 €/couronne
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS		
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS	-	225 % BRR
Orthodontie		
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 % BR	255 % BRR

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000 euros/an/bénéficiaire)
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre	225 % BRR
OPTIQUE		
Optique		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre		
Monture	50 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique		
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an	130 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €/an	400 €/an
Grille optique		
Type de verre (remboursement par verre)		
Verre unifocal, sphérique		
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre complexe)	110 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique		
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe)	150 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre (<= 20 ans)	1 400 €	1 200 €
Equipements à tarif libre (> 20 ans)	800 €	1 200 €

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000 euros/an/bénéficiaire)
HOSPITALISATION		
Hospitalisation		
Frais de séjour	100 % BR	90 % FR
Honoraires médecin		
Conventionnés adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Conventionnés non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-
Forfait hospitalier		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100 % FR	-
Forfait patient urgence (FPU)		
Forfait patient urgence (FPU)	100 % FR	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)		
Court séjour et maternité	50 €/nuit	68 €/nuit
Soins de suite	40 €/nuit	68 €/nuit
Psychiatrie	45 €/nuit	68 €/nuit
Ambulatoire	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné	25 €/nuit	38,50 €/nuit
AUTRES POSTES		
Médecines additionnelles et de prévention		
Médecine douce		
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/an)	30 €/séance	30 €/séance
Actes refusés par la sécurité Sociale		
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse	80 €/an	80 €/an
Prévention		
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BRR
Services spécifiques		
Rapatriement sanitaire		Oui

ANNEXE 3

TABLEAU DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET ADDITIONNELLES

		Garanties statutaires		Garanties complémentaires		Garanties additionnelles			
						Garantie A1		Garantie A2	
		TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes	TIB+ NBI	Primes
Capital décès		100 %	100 %	100 %	100 %	-	-	-	-
Rente éducation	De 0 à 18 ans	5 % PMSS		-		-		-	
	De 19 à 26 ans	15 % PMSS		-		-		-	
CMO	Plein traitement	100 %	100 %	-	-	0 %	0 %	0 %	0 %
	Demi-traitement	50 %	50 %	-	-	50 %	0 %	50 %	20 %
CLM / CGM	Plein traitement	100 %	33 %	0 %	66 %	-	-	-	-
	Demi-traitement	60 %	60 %	20 %	20 %	-	-	-	-
CLD	Plein traitement	100 %	0 %	-	-	0 %	10 %	0 %	70 %
	Demi-traitement	50 %	0 %	-	-	50 %	10 %	50 %	70 %
Retraite pour invalidité		50 % à 75 %	0 %	5 % à 30 %	80 %	-	-	-	-
Pension d'invalidité Titulaires	Catégorie 1	40 %	40 %	10 %	10 %	-	-	-	-
	Catégories 2 & 3	70 %	70 %	10 %	10 %	-	-	-	-
Pension d'invalidité Contractuels	Catégorie 1	30 %	30 %	20 %	20 %	-	-	-	-
	Catégories 2 & 3	50 %	50 %	30 %	30 %	-	-	-	-

ANNEXE 4

COMPOSITION ET RÉPARTITION DES VOIX DE LA COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI SUITE AUX ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES DE DÉCEMBRE 2022

Organisations syndicales membres de la CPPS	Nombre de représentants titulaires	Nombre de voix obtenues aux dernières élections du CSAM	Pourcentage de voix en CPPS
Solidaires Finances	1	23 311	29,00
CGT Finances	1	18 228	22,68
CFDT-CFTC Finances	1	15 987	19,89
Finances Force Ouvrière	1	15 279	19,01
UNSA-CFE-CGC	1	7 569	9,42
Total	5	80 374	100,0

Employeurs	Nombre de représentants
Représentants de l'Employeur	5