

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES

Accord du 27 février 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au sein de la direction générale de l'aviation civile (DGAC)

NOR : TREA24095840

Entre :

La DGAC, signataire *in fine*

Et :

Les organisations syndicales représentatives, signataires *in fine*

En application des dispositions du 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, les parties conviennent de définir les modalités de la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au sein de la direction générale de l'aviation civile (DGAC).

Sommaire

Préambule

1. Objet

2. Champ d'application de l'accord

3. Bénéficiaires

3.1. *Bénéficiaires à titre obligatoire*

3.2. *Bénéficiaires à titre facultatif*

3.3. *Cas de dispenses d'adhésion*

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

4. Garanties

4.1. *Garantie de base*

4.2. *Garanties optionnelles*

4.3. *Maintien des garanties*

4.4. *Les actions de prévention en santé*

4.5. *Accompagnement social*

4.6. *Fonds d'aide aux retraités*

5. Cotisations

5.1. *Cotisations à la garantie de base*

5.2. *Cotisations additionnelles*

5.3. *Cotisations des agents actifs*

5.4. *Cotisations des retraités*

5.5. *Cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants à charge des bénéficiaires actifs et retraités*

5.6. *Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs*

5.7. *Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires retraités*

5.8. *Cotisations aux garanties optionnelles*

5.9. *Evolution tarifaire*

6. Sélection des contrats collectifs en santé

7. Information individuelle

8. Commission paritaire de pilotage et de suivi

9. Entrée en vigueur et durée de l'accord collectif

10. Révision et dénonciation de l'accord collectif

ANNEXE 1 : Tableau garanties optionnelles

ANNEXE 2 : Grille des cotisations des retraités

ANNEXE 3 : panier « étranger » des bénéficiaires actifs affectés à l'étranger

Préambule

Le dispositif juridique relatif à la protection sociale complémentaire (PSC) en matière de couverture des frais de santé dans la fonction publique de l'Etat pose un cadre ambitieux 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.

Cette prestation sociale de couverture des risques santé contribue à l'amélioration des conditions d'emploi des agents et au maintien de leur niveau de vie. Elle constitue également un facteur d'attractivité de l'employeur.

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 et le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette adhésion obligatoire permet aux agents de bénéficier de tarifs collectifs plus favorables et de garanties santé plus couvrantes dans le cadre d'un contrat mutualisé.

Ce régime succédera au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat.

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

La négociation collective menée avec les organisations syndicales représentées au sein du CSA de réseau de la DGAC a conduit à définir, dans le respect de la réglementation en vigueur, les modalités, conditions et garanties du régime d'assurance collective complémentaire obligatoire santé.

Le présent accord collectif s'inscrit dans le cadre du périmètre défini par la fiche de méthode validée lors de la réunion du 26 mai 2023 (fiche de méthode annexée au présent accord entre les organisations syndicales représentatives et la DGAC).

1. Objet

Le présent accord a pour objet, d'une part de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 26 février 2022 sur le volet santé et d'autre part de préciser les modalités de fonctionnement d'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance qui sera souscrit par l'employeur auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance. Ces garanties complémentaires permettront ainsi aux agents de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de sécurité sociale.

L'adhésion au régime ainsi mis en place est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné.

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

2. Champ d'application de l'accord

Entrent dans le champ d'application du présent accord collectif les agents employés et rémunérés de la direction générale de l'aviation civile (DGAC), de l'Ecole nationale de l'aviation civile (ENAC) et du bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile (BEA) affectés en métropole et dans les territoires ou les départements ultra-marins soumis au régime de sécurité sociale.

Les parties conviennent que le présent accord sera applicable dès son entrée en vigueur.

Le volet prévoyance de la PSC, correspondant aux risques résultant de l'incapacité de travail, de l'inaptitude, de l'invalidité et du décès de l'agent, fait l'objet d'un accord interministériel signé par une majorité d'organisations syndicales représentatives le 20 octobre dernier. Cet accord fera l'objet d'une déclinaison au sein de la DGAC. Une attention particulière sera portée dans ce cadre en matière de prévoyance à ce qu'il n'existe pas de rupture de couverture pour les agents ayant souscrit au référencement en cours avec la Mutuelle générale des affaires sociales (MGAS).

Ainsi, afin de permettre que les garanties santé et prévoyance prennent effet temporellement en même temps, après accord avec la MGAS, il sera fait usage de la possibilité introduite par l'article 196-III-1°-b de la loi n° 2023-1322 de finances pour 2024 de prolonger d'une année l'actuel référencement. Ainsi les nouveaux contrats santé et prévoyance entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

3. Bénéficiaires

3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'article 2 du présent accord.

L'article 2 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 liste spécifiquement les agents concernés. Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires civils de l'Etat ;
- des agents contractuels de droit public ;
- des agents contractuels de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire) ;
- des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

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 bénéficiaires actifs affectés à l'étranger ou dans les territoires français d'outre-mer non-soumis au régime de sécurité sociale seront traités selon les règles définies en interministériel.

Pour les premiers, ces travaux ont abouti à la décision d'application du panier de soin « personnels affectés à l'étranger » des agents du ministère de l'Europe et des affaires étrangères à l'ensemble des agents publics actifs affectés à l'étranger. Ce panier de soin fait l'objet de l'annexe 3 au présent accord et sera décliné au sein des services de la DGAC, de l'ENAC et du BEA pour les seuls agents actifs. Ce panier donnera lieu à contrat distinct du panier « France ». Le panier « étranger » fera l'objet d'une tarification tenant compte de la nature des risques couverts à l'étranger et l'employeur prendra en charge 50 % des coûts de panier ainsi définis pour ses personnels actifs. La tarification proposée devra intégrer les plafonnements de cotisation prévus par les textes réglementaires pour les ayants droits des agents actifs. Eu égard au faible nombre d'agents couverts, le dispositif étranger sera piloté indépendamment du dispositif de panier de soins instauré selon les règles du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, qui ne lui sont pas applicables. Le dispositif de suivi par la CPPS sera identique à celui du panier France.

Pour les seconds, les discussions encore en cours pourraient aboutir à la détermination d'une participation forfaitaire pour les agents souscrivant une protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident à titre individuel sous réserve de l'adoption d'une disposition législative.

3.2. *Bénéficiaires à titre facultatif*

Les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord.

Les agents retraités ont la possibilité d'adhérer au présent contrat dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du contrat et de la possibilité d'y adhérer.

Seront affiliés au régime ainsi mis en place les ayants droit, conformément à l'article 5 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 :

- conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts 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 au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
 - reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le conjoint survivant au sens du 1° de l'article 5 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, 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, certains agents répondant aux situations mentionnées ci-après, peuvent être dispensés d'adhésion conformément à l'article 3 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 :

- 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 ;
- 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 une entreprise 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 demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix. Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'Employeur, à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au régime.

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 n° 2022-633 du 22 avril 2022, 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.

4. **Garanties**

4.1. *Garantie de base*

La garantie de base 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 de base, correspondant au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout agent actif sauf cas de dispenses limitativement énumérés à l'article 3.3 du présent accord.

4.2. *Garanties optionnelles*

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des agents, de leurs ayants droit ou des bénéficiaires retraités, des garanties optionnelles pourront être souscrites par ces derniers.

L'agent, l'ayant droit ou le bénéficiaire retraité aura la possibilité de changer de formule, selon les modalités définies par le contrat, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante dans la limite d'un changement par an.

Le choix d'une option par l'agent ou le bénéficiaire retraité emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit à cette même option.

Le tableau de garanties des options figure à l'annexe 1 du présent accord collectif. Les taux et montants de remboursement des garanties peuvent faire l'objet de modifications à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) donnant lieu à un avenant au contrat objet du présent accord, sur lequel elle émettra un avis. La commission se réunit annuellement à cet effet.

4.3. *Maintien des garanties*

Conformément à l'article 26 du décret n° 2022-633 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.

4.4. *Les actions de prévention en santé*

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme complémentaire 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 au sein du périmètre des services concernés.

4.5. *Accompagnement social*

Conformément à l'article 27 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif seront proposées par l'organisme assureur, avec une attribution en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution du fonds social seront déterminées par la CPPS.

4.6. *Fonds d'aide aux retraités*

L'article 24 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 prévoit la mise en place d'un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

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.

5. **Cotisations**

5.1. *Cotisations à la garantie de base*

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.

5.2. *Cotisations additionnelles*

Des taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités ainsi qu'un fonds social ont été négociés. Ces taux s'élèvent respectivement à 2 % et 0,5 %. Ces taux sont susceptibles d'évoluer sur proposition majoritaire de la CPPS et pourront faire l'objet d'un avenant au présent accord.

5.3. *Cotisations des agents actifs*

En application de l'article 15 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, le financement de la cotisation d'équilibre se répartit comme suit :

L'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, 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.

Les cotisations des agents actifs ne varient pas en fonction de l'âge.

5.4. *Cotisations des retraités*

Les cotisations des retraités seront fixées dans le contrat collectif. Ces cotisations sont limitées à 175 % de la cotisation d'équilibre.

L'article 17 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 prévoit que les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées de manière à financer le recours effectif de ceux-ci aux garanties couvertes par le contrat. Il précise que les cotisations des retraités peuvent évoluer en fonction de l'âge.

De plus, l'article 6 de 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 précise qu'au cours des cinq années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité (stock et flux), 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 année, à 150 %.

Par conséquent, lors de la sélection du prestataire, il lui sera demandé d'appliquer une évolution graduelle des cotisations liée d'une part à l'âge du bénéficiaire, qui induit un niveau moyen de recours aux garanties, et d'autre part au nombre d'années le séparant de son départ en retraite, conforme à l'annexe 2, sous réserve que ces niveaux de cotisations permettent le respect des dispositions prévues aux articles 17, 22 et 23 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

Les taux plafond indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires.

5.5. Cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants à charge des bénéficiaires actifs et retraités

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités, à charge au sens de l'article 3.2 du présent accord, seront fixées dans le contrat collectif :

- dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans et 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 ;
- à 50 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans.

Le montant des cotisations acquittées au titre des ayants droit âgés de moins de 21 ans d'un même bénéficiaire est plafonné à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants.

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités ne varient pas en fonction de l'âge

5.6. Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs seront fixées dans le contrat collectif dans la limite de 110% de la cotisation d'équilibre.

Les cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs ne varient pas en fonction de l'âge.

5.7. Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires retraités

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités ne seront pas fixées par référence à la cotisation d'équilibre.

5.8. Cotisations aux garanties optionnelles

Lorsque l'agent ou le bénéficiaire retraité choisit d'adhérer à l'une des garanties optionnelles, il doit s'acquitter de la cotisation correspondant aux bénéficiaires du régime de base (i.e. l'agent ou le bénéficiaire retraité et ses éventuels ayants droit). A cet effet, cette souscription, 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 uniquement à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite d'un plafond de 5 € par bénéficiaire actif et par mois (quelle que soit l'option choisie).

Contrairement aux cotisations versées dans le dispositif de base, celles acquittées dans le cadre des garanties optionnelles ne bénéficient pas d'exonérations fiscales et sociales.

Le montant des cotisations acquittées au titre des ayants droit âgés de moins de 21 ans d'un même bénéficiaire est plafonné à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants.

5.9. Evolution tarifaire

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

Dans le cas où un projet de nouvelle tarification serait établi par l'assureur, elle sera notifiée à l'employeur et évaluée par la commission paritaire de pilotage et suivi (CPPS).

6. Sélection des contrats collectifs en santé

L'employeur met en œuvre une procédure de mise en concurrence en application du code de la commande publique. Le contrat collectif sera sélectionné par l'employeur, pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant *a minima* les critères suivants :

critères de sélection liés aux candidats :

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

L'employeur peut ajouter tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de ses agents. La commission paritaire de pilotage et de suivi participe à 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.

Avant l'attribution du contrat collectif, l'employeur présente à la CPPS un rapport exposant les offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans le cahier des charges. La commission émet un avis sur ce rapport.

7. Information individuelle

Le présent accord sera porté à la connaissance des agents via les canaux de communication internes (Intranet...) et des retraités via l'utilisation des données du fichier de suivi mis à jour par la DGAC.

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 agent au contrat après la mise en place du contrat collectif et l'affiliation de ces derniers.

Il en ira de même en cas de modification des garanties et/ou du contrat.

8. Commission paritaire de pilotage et de suivi

Une commission paritaire de pilotage et de suivi de l'accord sera constituée, conformément à l'article 28 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022. Cette commission a pour mission de suivre l'application de cet accord par l'employeur et du contrat collectif sur le périmètre concerné. Elle est saisie des demandes d'évolution de l'accord.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants de l'employeur et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels élus au CSA de réseau de la DGAC.

La commission paritaire de pilotage et de suivi se réunit au moins trois fois par an.

Un rapport sur la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire est présenté par l'assureur à la commission de suivi. La commission de suivi réalise périodiquement une évaluation des différents niveaux de cotisation d'équilibre constatés au sein des contrats collectifs au regard des caractéristiques des populations couvertes. S'il est constaté des déséquilibres significatifs, la commission paritaire de pilotage et de suivi propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation du présent accord. La commission réalise également une évaluation périodique du coût des solidarités à l'égard des retraités. Si la commission constate un déséquilibre, elle propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord.

9. Entrée en vigueur et durée de l'accord collectif

Le présent accord collectif 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 entre en vigueur à compter du lendemain de cette publication

Il fait l'objet d'une diffusion via les canaux de communication interne des services concernés.

Les accords publiés sont transmis à la direction générale de l'administration et de la fonction publique qui assure le dépôt de l'accord conclu sur un espace numérique dédié où seront regroupés tous les accords publiés afin qu'ils soient facilement accessibles et consultables par tous les agents. La possibilité pour chaque agent d'accéder ainsi à l'ensemble des accords permet par ailleurs de faciliter et renforcer le contrôle du principe de faveur.

10. Révision et dénonciation de l'accord collectif

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé selon les articles L. 227-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique et selon les mêmes modalités que celles de sa publication.

Le présent accord pourra être modifié par avenant conclu selon les mêmes conditions. La révision intervient à l'initiative de l'employeur ou des organisations syndicales représentatives du CSA de réseau de la DGAC ayant recueilli au moins 50 % des suffrages exprimés :

- lors des élections professionnelles précédant la date de signature de l'accord initial, si la modification intervient dans le même cycle électoral ;
- lors des élections professionnelles précédant la révision lorsque celle-ci intervient au cours d'un autre cycle électoral que celui au cours duquel l'accord initial a été signé.

Lorsque la révision est à l'initiative de l'employeur, celui-ci doit se conformer au même formalisme que celui requis lors de la mise en place de l'accord initial :

- établir une fiche de méthode ou un mandat de négociation ;
- préparer un document de travail présentant les enjeux de la négociation et toute information utile aux organisations syndicales pour négocier en toute connaissance de cause ;
- soumettre aux organisations syndicales un avant-projet du texte de l'accord ;
- organiser des réunions bilatérales ;
- proposer un calendrier des négociations.

Lorsque la révision est à l'initiative des organisations syndicales :

- elles formulent une demande écrite d'ouverture d'une négociation ;
- l'employeur accuse réception sous 15 jours ;

- l’employeur invite par écrit les organisations syndicales représentatives à une réunion destinée à définir si les conditions d’ouverture d’une négociation sont réunies ;
- la réunion se tient dans un délai de deux mois à compter de la date d’accusé de réception ;
- dans un délai de 15 jours après la réunion, l’employeur notifie par écrit aux organisations syndicales représentatives la suite qu’elle donne à leur demande.

L’employeur ou plusieurs organisations syndicales signataires peuvent également dénoncer partiellement ou totalement l’accord lorsque ses clauses ne peuvent plus être appliquées. Dans ce cas la dénonciation intervient à la suite d’un préavis d’une durée d’un mois.

Fait à Paris, le 27 février 2024.

Le directeur général de l’aviation civile,

D. CAZE

Pour les organisations syndicales :

Syndicat national des contrôleurs du trafic aérien,

M. COZ ELLEOUEY

*Union syndicale aviation civile –
Confédération générale du travail,*

G. STURTZER

*Union nationale des syndicats
autonomes de l’aviation civile,*

C. MERLIN

*Fédération de l’équipement, de l’environnement,
des transports et des services Force ouvrière,*

P. MEYBON

*Syndicat des personnels de l’aviation civile –
Confédération française démocratique du travail,*

J.-C. SALUSTE

ANNEXES

ANNEXE 1

TABLEAU GARANTIES OPTIONNELLES

| Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire). | | Options | |
|--|---------------|-------------|-------------|
| Poste de soins | Remboursement | Option 1 | Option 2 |
| Hospitalisation | | | |
| Honoraires | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150 % | 180 % | 220 % |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130 % | 150 % | 200 % |
| 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 | 100 % | 100 % | 100 % |
| Chambre particulière (sans limitation de durée) | | | |
| Court séjour et maternité | 50 €/nuit | 60 €/nuit | 70 €/nuit |
| Soins de suite | 40 €/nuit | 60 €/nuit | 70 €/nuit |
| Psychiatrie | 45 €/nuit | 60 €/nuit | 70 €/nuit |
| Ambulatoire | 25 €/jour | 35 €/jour | 45 €/jour |
| Frais d'accompagnant | | | |
| Etablissement conventionné | 38,50 €/nuit | 45 €/nuit | 55 €/nuit |
| Etablissement non conventionné | 25 €/nuit | 35 €/nuit | 45 €/nuit |
| Prestation de séjour hospitalier | | | |
| Prestation de séjour hospitalier | | 10 €/jour | 10 €/jour |
| Soins courants | | | |
| Honoraires médicaux | | | |
| Consultations/Visites de médecins généralistes | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 100 % | 150 % | 200 % |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 100 % | 130 % | 180 % |
| Consultations/Visites de médecins spécialistes | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150 % | 170 % | 220 % |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130 % | 150 % | 200 % |
| Actes techniques médicaux | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150 % | 170 % | 200 % |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130 % | 150 % | 180 % |
| Actes d'imagerie médicale | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 130 % | 170 % | 200 % |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 100 % | 150 % | 180 % |

| Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire). | | Options | |
|---|---|---|---|
| Poste de soins | Remboursement | Option 1 | Option 2 |
| Honoraires paramédicaux | | | |
| Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes | 100 % | 130 % | 150 % |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 130 % | 130 % | 150 % |
| Analyses et examens de laboratoire | | | |
| Analyses et examens de laboratoire | 100 % | 150 % | 200 % |
| Médicaments | | | |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % | 100 % | 100 % | 100 % |
| Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse) | 70 €/an | 80 €/an | 100 €/an |
| Matériel médical | | | |
| Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) | 200 % | 200 % | 250 % |
| Frais de transport en véhicule sanitaire | | | |
| Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR) | 100% | 100% | 100% |
| Dentaire | | | |
| Soins et prothèses 100 % Santé (2) | | | |
| Soins et prothèses 100 % Santé | 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) | 100 % | 100 % | 100 % |
| Prothèses (hors 100 % Santé) | | | |
| Panier Maitrisé | | | |
| Prothèses fixes (couronnes et bridges) | 375 % | 375 % | 400 % |
| Prothèses amovibles | 375 % | 375 % | 400 % |
| Prothèses provisoires | 375 % | 375 % | 400 % |
| Inlay Core | 375 % | 375 % | 400 % |
| Inlays onlays d'obturation | 150 % | 300 % | 400 % |
| Panier Libre | | | |
| Prothèses fixes (couronnes et bridges) | Dent visible : 300 % | 300 % | 400 % |
| | Dent non visible : 250 % | 300 % | 400 % |
| Prothèses amovibles | Dent visible : 300 % | 300 % | 400 % |
| | Dent non visible : 250 % | 300 % | 400 % |
| Prothèses provisoires | 300 % | 300 % | 400 % |
| Inlay Core | 200 % | 300 % | 400 % |
| Inlays onlays d'obturation | 150 % | 250 % | 400 % |
| Implantologie | | | |

| Poste de soins | Remboursement | Options | |
|---|--|--|--|
| | | Option 1 | Option 2 |
| Implants | 500 €/implant (limite 2 implants/an) | 500 €/implant (limite 2 implants/an) | 800 €/implant (limite 2 implants/an) |
| Couronne sur implant | 200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans) | 200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans) | 200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans) |
| Orthodontie | | | |
| Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale) | 250 % | 300 % | 400 % |
| Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale) | 400 €/semestre | 450 €/semestre | 500 €/semestre |
| Parodontologie | | | |
| Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale) | | 100 €/an | 400 €/an |
| Aides auditives | | | |
| Equipements 100 % Santé | | | |
| Equipements 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée |
| Equipements à tarif libre | | | |
| Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans | 800 € | 900 € | 1 100 € |
| Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité | 1 400 € | 1 400 € | 1 400 € |
| Frais d'entretien et réparation | | | |
| Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % + 40 €/an | 100 % + 60 €/an |
| Optique | | | |
| Equipements 100 % Santé | | | |
| Equipements 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée |
| Equipements à tarif libre | | | |
| Monture | 50 € | 70 € | 100 € |
| Verres | Cf. grille optique | Cf. grille optique | Cf. grille optique |
| Autres prestations optique | | | |
| Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables | 100 €/an | 125 €/an | 200 €/an |
| Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil) | 400 €/an | 500 €/an | 600 €/an |
| Grille optique (remboursement par verre) | | | |
| Verre unifocal, sphérique | | | |
| Sphère de - 6 à + 6 (simple) | 60 € | 80 € | 100 € |
| Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Verre unifocal, sphéro-cylindrique | | | |
| Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple) | 60 € | 80 € | 100 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple) | 60 € | 80 € | 100 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |

| Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire). | | Options | |
|--|--|--|--|
| Poste de soins | Remboursement | Option 1 | Option 2 |
| Verre multifocal ou progressif sphérique | | | |
| Sphère de - 4 à + 4 (complexe) | 150 € | 175 € | 200 € |
| Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique | | | |
| Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe) | 150 € | 175 € | 200 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe) | 150 € | 175 € | 200 € |
| Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Autres postes | | | |
| Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale | | | |
| Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport | 100 % | 100 % + 75 €/an | 100 % + 150 €/an |
| Allocation naissance/adoption | | | |
| Allocation naissance/adoption | | 150 € | 300 € |
| Médecines additionnelles et de prévention | | | |
| Médecine douce | | | |
| Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue | 2 séances/an (limite 40 €/séance) | 4 séances/an (limite 40 €/séance) | 5 séances/an (limite 40 €/séance) |
| Diététicien | | 3 séances/an (limite 20 €/séance) | 3 séances/an (limite 20 €/séance) |
| Psychologue | | | |
| Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an | 40 € pour la 1 ^{re} séance 30 € pour les 7 séances restantes | 40 € pour la 1 ^{re} séance 30 € pour les 7 séances restantes | 40 € pour la 1 ^{re} séance 30 € pour les 7 séances restantes |
| Psychologue | 4 séances/an (limite 30 €/séance) | 6 séances/an (limite 30 €/séance) | 12 séances/an (limite 30 €/séance) |
| Accompagnement psychologique et psychothérapeutique | | | |
| Accompagnement psychologique et psychothérapeutique (sur prescription médicale) | | 4 séances/an (limite 60 €/séance) | 4 séances/an (limite 60 €/séance) |
| Actes refusés par la sécurité Sociale | | | |
| Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique | 80 €/an | 100 €/an | 120 €/an |
| Contraception, tests de grossesse | 80 €/an | 80 €/an | 80 €/an |
| Vaccin contre la grippe | | Frais réels | Frais réels |
| Aide à la reprise du sport après une ALD | | 50 € par an | 50 € par an |
| Prévention | | | |
| Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif | 183 €/acte | 183 €/acte | 183 €/acte |
| Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % | 100 % |

Le cahier des charges de l'appel d'offres inclura l'obligation pour le prestataire de proposer une option facultative à destination des agents affectés dans les départements d'outre-mer, en Polynésie française et en Corse visant à leur permettre de bénéficier d'un service d'assistance couvrant le rapatriement sanitaire.

ANNEXE 2

GRILLE DES COTISATIONS DES RETRAITES

L'évolution graduelle des cotisations est liée d'une part à l'âge du bénéficiaire et d'autre part au nombre d'années le séparant de son départ en retraite. Il sera demandé lors de la sélection du prestataire d'appliquer ces niveaux de cotisations sous réserve que ceux-ci permettent le respect des dispositions prévues aux articles 17, 22 et 23 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

| | Nombre d'années depuis le départ en retraite | | | | | |
|------|--|----------|----------|----------|----------|--------------|
| | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Année 6 et + |
| < 59 | = 100 % pour les retraités < 59 ans indépendamment de leur âge de départ à la retraite | | | | | |
| 59 | = 100 % | ≤ 115 % | ≤ 115 % | ≤ 115 % | ≤ 115 % | ≤ 115 % |
| 60 | = 100 % | ≤ 119 % | ≤ 119 % | ≤ 119 % | ≤ 119 % | ≤ 119 % |
| 61 | = 100 % | ≤ 123 % | ≤ 123 % | ≤ 123 % | ≤ 123 % | ≤ 123 % |
| 62 | = 100 %* | ≤ 125 % | ≤ 126 % | ≤ 126 % | ≤ 126 % | ≤ 126 % |
| 63 | = 100 % | ≤ 125 %* | ≤ 130 % | ≤ 130 % | ≤ 130 % | ≤ 130 % |
| 64 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 134 %* | ≤ 134 % | ≤ 134 % | ≤ 134 % |
| 65 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 138 % | ≤ 138 %* | ≤ 138 % | ≤ 138 % |
| 66 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 141 % | ≤ 141 % | ≤ 141 %* | ≤ 141 % |
| 67 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 145 % | ≤ 145 % | ≤ 145 % | ≤ 145 %* |
| 68 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 149 % | ≤ 149 % | ≤ 149 % | ≤ 149 %* |
| 69 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 153 %* |
| 70 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 156 %* |
| 71 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 160 %* |
| 72 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 164 %* |
| 73 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 168 %* |
| 74 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 171 %* |
| 75 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 76 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 77 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 78 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 79 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 80 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 81 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 82 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 83 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 84 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |
| 85 | = 100 % | ≤ 125 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 150 % | ≤ 175 %* |

Lecture (cellules avec un *) :

Pour un agent partant en retraite à 56 ans :

Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1, l'année 2 et l'année 3 ;

Sa cotisation sera plafonnée à 115 % de la cotisation d'équilibre l'année 4 ;

Sa cotisation sera plafonnée à 119 % de la cotisation d'équilibre l'année 5 ;

Sa cotisation sera plafonnée à 123 % de la cotisation d'équilibre l'année 6.

Pour un agent partant en retraite à 62 ans :

- Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 134 % de la cotisation d'équilibre l'année 3 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 145 % de la cotisation d'équilibre l'année 6 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 160 % de la cotisation d'équilibre l'année 10 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre à partir de l'année 14.

Pour un agent partant en retraite à 65 ans :

- Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 125 % de la cotisation d'équilibre l'année 2 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 145 % de la cotisation d'équilibre l'année 3 ;
- Sa cotisation sera plafonnée à 156 % de la cotisation d'équilibre l'année 6.

ANNEXE 3

PANIER « ÉTRANGER » DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS AFFECTÉS À L'ÉTRANGER

| | 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 et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 100 % BR | 90 % FR |
| Médecins non adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 100 % BR | 90 % FR |
| Consultations / visites de médecins spécialistes | | |
| Médecins adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 150 % BR | 90 % FR |
| Médecins non adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 130 % BR | 90 % FR |
| Actes techniques médicaux | | |
| Praticiens adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 150 % BR | 90 % FR |
| Praticiens non adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 130 % BR | 90 % FR |
| Actes d'imagerie médicale | | |
| Praticiens adhérents aux dispositifs et pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO | 130 % BR | 90 % FR |
| Praticiens non adhérents aux dispositifs et 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 conventionnées, pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite de 8 séances par an | 1 ^{re} séance 40 € | 1 ^{re} séance 40 € 30 €/séance (dans la limite de 8 séances sans notion de prise en charge par la SS) |
| | 1 ^{re} séance 40 € 30 €/séance | |
| Analyse et examens de laboratoire | | |
| Analyse et examens de laboratoire | 100 % BR | 90 % FR |
| Affection de longue durée (prise en charge 100% SS française) | | 100 % FR |
| 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, test de grossesse) | 70 €/an | 100 €/an |

| | Soins réalisés en France (Panier de soins) | Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 euros/an/bénéficiaire) |
|--|---|--|
| 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 100 % BR | - |
| Soins dentaires | | 90 % FR |
| Prothèses (hors 100% santé) Panier maîtrisé | | |
| Prothèses fixes (couronnes et bridges) | 375 % BR | 320 % BRR |
| Prothèses amovibles | 375 % BR | 320 % BRR |
| Prothèses provisoires | 375 % BR | 320 % BRR |
| Intay Core | 375 % BR | 320 % BRR |
| Intays onlays d'obturation | 150 % BR | 140 % BRR |
| Panier au tarif libre | | |
| 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 |
| Intay Core | 200 % BR | 140 % BRR |
| Intays onlays d'obturation | 200 % BR | 140 % BRR |
| Implantologie | | |
| Implants (limite : 2 implants/an) | 500 €/implant | 500 €/implant |
| Couronne sur implant (limite : 2 couronnes/an) | 200 €/couronne | 200 €/couronne |
| Prothèses dentaires non prises en charge par la SS | | |
| Prothèses dentaires non prises en charge par la SS | - | 225 % BR |
| Orthodontie | | |
| Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale) | 250 % BR | 255 % BRR |
| Orthodontie (non-remboursée par la Sécurité sociale) | 400 €/semestre | 225 % BRR |
| Optique | | |
| Optique | | |
| Equipements 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | - |
| Equipements à tarifs libres Monture Verres | 50 € Cf Grille optique | 100 € Cf Grille optique |
| Autres prestations optique | | |
| Lentilles prescrites prises ou non prise en charge, y compris lentilles jetables | 100 € | 130 € |
| Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil) | 400 € | 400 € |

| | Soins réalisés en France (Panier de soins) | Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 euros/an/bénéficiaire) |
|--|---|--|
| Grille optique | | |
| Type de verre (remboursement par verre) | | |
| Verre unifocal sphérique | | |
| Sphère de -6 à +6 (verre simple) | 60 € | 125 € |
| Sphère <6 ou >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) | 1400 € | 1200 € |
| Equipements à tarif libre (> 20 ans) | 800 € | 1200 € |
| Hospitalisation | | |
| Hospitalisation | | |
| Frais de séjour | 100 % BR | 90 % FR |
| Honoraires médecin | | |
| Conventionnés adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisé OPTAM et OPTAM-CO | 150 % BR | 90 % FR |
| Conventionnés non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisé OPTAM et OPTAM-CO | 130 % BR | 90 % FR |
| Frais journaliers hospitalier | | |
| Frais journaliers hospitalier | 100 % FR | - |
| Frais hospitaliers | | |
| Forfait actes lourds (participation de 24 €) | 100 % FR | - |
| Forfait patient urgence (FPU) | | |
| Forfait patient urgence (FPU) | 100 % FR | - |

| | Soins réalisés en France (Panier de soins) | Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 euros/an/bénéficiaire) |
|--|---|--|
| Chambre particulière (sans limitation de durée) | | |
| Courts séjours et maternité | 50 €/nuit | 68 €/nuit |
| Soins de suite | 40 €/nuit | 68 €/nuit |
| Psychiatrie | 45 €/nuit | 68 €/nuit |
| Ambulatoire | 25 €/nuit | 25 €/nuit |
| Frais d'accompagnement | | |
| 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, étiope, pédicure-podologue, acupuncture, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances par an) | 30 € la séance | 30 € la séance |
| Actes refusés par la sécurité sociale | | |
| Vaccins, consultation diététique, diagnostic parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique, contraception, test de grossesse | 80 € par an | 80 € par an |
| Prévention | | |
| Amniocentèse, dépistage prénatal non-invasif, Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale | 183 € par acte 100 % BR | 183 € par acte 100 % BRR |
| Services spécifiques | | |
| Rapatriement sanitaire | - | Oui |