

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Accord collectif du 3 avril 2024 instituant un régime de protection sociale complémentaire au sein de la juridiction administrative

NOR : JUSE24126790

Entre :

Le Conseil d'Etat, représenté par M. Didier-Roland TABUTEAU, vice-président du Conseil d'Etat ;

Et :

Les organisations syndicales :

- la Confédération générale du travail (CGT) CE-CNDA ;
- le Syndicat indépendant de personnel CE-CNDA (SIPCE) ;
- le Syndicat de la juridiction administrative (SJA) ;
- l'Union syndicale des magistrats administratifs (USMA).

Les représentants des membres du Conseil d'Etat :

- les membres élus de la commission supérieure du Conseil d'Etat (CSCE).

Table des matières

Préambule

Article 1^{er} : Objet de l'accord

Article 2 : Champ d'application de l'accord

Article 3 : Bénéficiaires

- 3.1. Bénéficiaire actifs
- 3.2. Bénéficiaires retraités
- 3.3. Bénéficiaires ayants droit

Article 4 : Dispenses d'adhésion

Article 5 : Prestation de couverture collective des frais de santé

- 5.1. Panier de soins interministériel
- 5.2. Paniers de soins spécifiques
- 5.3. Garanties optionnelles

Article 6 : Cotisations et financement

- 6.1. Cotisations au panier de soins interministériel
- 6.2. Cotisations relatives aux garanties optionnelles facultatives
- 6.3. Révision du montant des cotisations

Article 7 : Mécanismes de solidarité

- 7.1. Portabilité et maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail
- 7.2. Solidarité à destination des bénéficiaires retraités : le fonds d'aide aux retraités
- 7.3. Suivi du coût des mécanismes de solidarité

Article 8 : Actions de prévention en santé

Article 9 : Sélection du contrat collectif en santé

Article 10 : Indicateurs de qualité en matière de gestion

Article 11 : Information des personnels

Article 12 : Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Article 13 : Transférabilité des réserves et des fonds

Article 14 : Prévoyance

Article 15 : Révision et dénonciation

Article 16 : Entrée en vigueur, durée et publicité

Article 17 : Suivi de l'accord

ANNEXE 1. – Garanties du panier de soins interministériel (population bénéficiaire du régime général et du régime local d'assurance maladie)

ANNEXE 2. – Garanties optionnelles

Préambule

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire a instauré un nouveau dispositif de protection sociale complémentaire (PSC) pour les agents de la fonction publique avec une participation obligatoire de l'employeur.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la PSC en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat et le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 qui le décline posent le principe d'une adhésion obligatoire des agents aux contrats collectifs de PSC conclus par leurs employeurs publics et définissent un socle de garanties interministériel.

Cet accord constitue une réelle avancée sociale en instaurant la généralisation d'une couverture complémentaire santé dans la fonction publique d'Etat, permettant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité notamment intergénérationnels et familiaux entre les bénéficiaires.

Le nouveau régime de protection sociale 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 la fonction publique de l'Etat.

Pour sa mise en œuvre, chaque employeur public engage une négociation avec les organisations syndicales représentatives, en vue de conclure un accord ministériel, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021. Il est également possible d'inclure, dans cette négociation collective, la dimension prévoyance de la protection sociale complémentaire telle qu'elle résulte de l'accord interministériel relatif à l'amélioration des garanties de prévoyance (incapacité, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat du 20 octobre 2023.

Pour la juridiction administrative, un accord de méthode a été signé à l'unanimité des organisations syndicales représentatives de la juridiction administrative le 19 février 2024, sachant que le décret n° 2024-286 du 29 mars 2024 rend les stipulations des deux accords interministériels précités applicables aux membres du Conseil d'Etat et aux magistrats des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel.

Article 1^{er}

Objet de l'accord

Le présent accord collectif a pour objet de définir les modalités de mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire « santé » au sein de la juridiction administrative, et d'améliorer le niveau de couverture des risques santé pour les personnels de la juridiction administrative, au-delà du panier de soins interministériel défini par 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.

En application du présent accord, un contrat collectif de complémentaire santé et un contrat collectif de prévoyance seront souscrits par le Conseil d'Etat.

Article 2

Champ d'application de l'accord

Le présent accord collectif couvre :

- les agentes et les agents du Conseil d'Etat et de la Cour nationale du droit d'asile ;
- les agentes et les agents non-titulaires des tribunaux administratifs, des cours administratives d'appel et de la commission du contentieux du stationnement payant ;
- les magistrates et les magistrats administratifs ;
- les membres du Conseil d'Etat.

Article 3

Bénéficiaires

3.1. Bénéficiaires actifs

L'adhésion des bénéficiaires actifs au régime collectif de frais de santé est obligatoire sans condition d'ancienneté de service.

Les bénéficiaires actifs sont, en vertu de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 précité :

- les agents fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) ;
- les personnels détachés « entrant » ;
- les agents contractuels de droit public ;
- les agents contractuels de droit privé relevant du code du travail (non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale), dont les apprentis.

Conservent la qualité de « bénéficiaires actifs », les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- 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 d'adoption, congé de paternité...) ;
- en congé parental ;
- en congé de présence parentale ;
- en congé de proche aidant ;
- en congé de solidarité familiale ;
- en congé de formation professionnelle.

3.2. Bénéficiaires retraités

Les bénéficiaires retraités sont les agents ayant la qualité de bénéficiaires actifs à la date de leur cessation d'activité pour admission à la retraite et qui sont titulaires soit :

- d'une pension de retraite de droit direct relevant du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite ;
- du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de sécurité sociale ;
- du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat institué par le décret du 5 octobre 2004 susvisé ;
- du régime institué par l'accord interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

La demande d'adhésion de ces agents est formulée dans le délai d'un an suivant la cessation d'activité ; au-delà de ce délai l'adhésion ne sera plus possible.

Le bénéficiaire retraité qui, après la liquidation définitive de sa pension de retraite, exerce une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension, perd définitivement cette qualité et ne peut donc plus souscrire au contrat collectif.

Les personnes déjà bénéficiaires d'une pension de retraite à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le Conseil d'Etat peuvent adhérer dans les conditions précisées *supra*.

La demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle l'agent concerné est informé de l'entrée en vigueur du contrat et de la possibilité d'y adhérer.

Conformément à l'ordonnance du 17 février 2021, les bénéficiaires retraités ne reçoivent pas de participation financière de l'employeur public.

3.3. Bénéficiaires ayants droit

Les ayants droit, des bénéficiaires actifs ou retraités, peuvent adhérer au contrat collectif, à savoir :

- le 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 ;
- la personne liée par un PACS à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- la personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- l'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 PACS 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 :
 - a) Agé de moins de 21 ans ;
 - b) 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 ;
 - c) Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles, quel que soit son âge.

A tout moment, il est possible de faire une demande d'adhésion dès lors que le bénéficiaire actif ou retraité a adhéré.

Le conjoint et l'orphelin du bénéficiaire actif ou retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin peuvent conserver à leur demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du titulaire du contrat collectif. Leur demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

Pour pouvoir adhérer au contrat collectif, les personnes mentionnées aux 3.1, 3.2 et 3.3 doivent être soumises à la législation française de sécurité sociale ou assurées volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires « ayants droit » n'ont pas vocation à recevoir une participation financière directe de l'employeur public.

Article 4

Dispenses d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article 3 du décret du 22 avril 2022 relatives au caractère collectif et obligatoire des garanties complémentaires frais de santé, il est admis que des personnels peuvent choisir de ne pas être affiliés, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient de leur situation. Ainsi l'obligation d'adhérer au contrat collectif, ne s'applique pas aux agents, aux magistrats administratifs et aux membres du Conseil d'Etat qui justifient :

1. Etre bénéficiaire de la couverture complémentaire santé solidaire (dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale). Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;

2. Etre couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par son employeur ou à la date de sa prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;

3. Avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition qu'il bénéficie d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;

4. Etre bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :

- couverture collective à adhésion obligatoire mise en place soit par voie de conventions ou d'accords collectifs, soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par l'employeur, soit par décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chaque intéressé (article L. 911-1 du code de la sécurité sociale) ;
- couverture individuelle appelée « chèque santé » ou « versement santé » prévue au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale,
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
- couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique (CGFP).

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.

Article 5

Prestations de couverture collective des frais de santé

5.1. Panier de soins interministériel

Les garanties du régime collectif obligatoire complémentaire frais de santé des bénéficiaires actifs, appelées aussi « panier de soins minimum interministériel », sont celles figurant dans l'annexe de l'arrêté du 30 mai 2022 jointe en annexe 1.

Ces prestations sont supérieures aux garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires retraités et les ayants droit de bénéficiaires actifs et retraités peuvent adhérer à titre facultatif à la couverture collective et bénéficient de garanties identiques à celles des bénéficiaires actifs.

5.2. Paniers de soins spécifiques

Conformément aux dispositions du 2^e alinéa de l'article 21 du décret susvisé, un dispositif spécifique sera mis en place en faveur des agents pour lesquels le panier de soins interministériel n'est pas applicable.

Pour les personnels affectés dans les collectivités d'outre-mer régies par l'article 74 de la Constitution, un dispositif de prise en charge dérogatoire des garanties de protection sociale complémentaires sera proposé aux agents avec une participation forfaitaire de l'employeur, dans le cadre d'un dispositif législatif et réglementaire en cours d'élaboration.

5.3. Garanties optionnelles

Au-delà du panier de soins minimum interministériel, trois niveaux de garanties optionnelles peuvent être souscrites par les bénéficiaires mentionnés à l'article 3 du présent accord. Les cotisations sont forfaitaires et n'évoluent donc pas par tranche d'âge.

L'adhésion aux garanties optionnelles est facultative.

Le choix d'une option par les agents, magistrats administratifs et membres du Conseil d'Etat (CE), n'emporte pas automatiquement adhésion de leurs ayants droit du panier de soins à cette même option, de sorte que chaque ayant droit peut adhérer librement à une option distincte de celle de l'agent, du magistrat ou membre du CE concerné.

Les tableaux de prestations relatives à ces niveaux de garanties optionnelles figurent en annexe 2 du présent accord.

Article 6

Cotisations et financement

6.1. Cotisations au panier de soins interministériel

6.1.1. *Montant de la cotisation d'équilibre*

Le montant de la cotisation d'équilibre du contrat collectif fait l'objet, dans le cadre d'une mise en concurrence (cf. article 9), d'une négociation entre le Conseil d'Etat et un organisme relevant des catégories suivantes :

- 1° Mutuelles ou unions relevant du titre III du code de la mutualité ;
- 2° Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- 3° Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

6.1.2. *Cotisations des agents bénéficiaires actifs*

La cotisation des agents actifs 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, hors cotisations additionnelles prévues au présent accord ;
- 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 mentionnées aux articles 6.1.4 et 6.2 du présent accord.

6.1.3. *Cotisations des bénéficiaires retraités*

La cotisation des bénéficiaires retraités est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre et fixée dans le contrat collectif négocié entre le Conseil d'Etat et un organisme relevant des catégories décrites au 6.1.1 dans le cadre d'une mise en concurrence.

Aux termes de l'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022, 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 %.

Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus. Cette cotisation est exclusivement à la charge des bénéficiaires retraités.

6.1.4. *Cotisations des bénéficiaires ayants droit*

Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs tels que définis à l'article 3.3 sont plafonnées à 110 % de la cotisation d'équilibre.

Les cotisations des enfants ou petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités tels que définis à l'article 3.3 sont fixées en fonction des modalités fixées par arrêté ministériel.

Ces cotisations sont négociées entre le Conseil d'Etat et l'organisme relevant des catégories décrites au 6.1.1 dans le cadre la mise en concurrence.

Ces cotisations sont exclusivement à la charge des agents, magistrats administratifs ou membres du Conseil d'Etat concernés.

6.2. Cotisations relatives aux garanties optionnelles facultatives

L'adhésion aux garanties optionnelles est facultative et se traduit par le paiement d'une cotisation, en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel, en fonction du niveau d'option choisie.

Quelle que soit l'option choisie, l'employeur participe au financement des garanties optionnelles à hauteur de 50 % de la cotisation et dans la limite d'un plafond de 5 € pour les seuls bénéficiaires actifs.

6.3. Révision du montant des cotisations

Ces cotisations pourront être révisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution des résultats annuels du contrat collectif de protection sociale complémentaire « santé » pour tenir compte de l'évolution de la charge des prestations par rapport aux cotisations encaissées et des évolutions réglementaires éventuelles.

Dans le cadre du suivi et pilotage annuel du régime, l'organisme visé au 6.1.1 communiquera, chaque année, à la commission mentionnée à l'article 12, les comptes de résultats comptables du dernier exercice clos et les comptes prévisionnels annuels de l'exercice en cours.

Toute demande de revalorisation annuelle des cotisations doit être justifiée et documentée par l'organisme visé au 6.1.1 et communiquée dans un délai au minimum de trois mois avant la date d'effet de la revalorisation.

Les bénéficiaires du contrat collectif seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Article 7

Mécanismes de solidarité

7.1. Portabilité et maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, les anciens personnels non retraités, peuvent continuer à bénéficier du présent régime à titre gratuit, sans contrepartie de cotisation.

Le maintien des garanties est applicable à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs, sans période d'interruption de plus de deux mois avec le même employeur, et sans qu'elle ne puisse excéder douze mois.

Les ayants droit de ces personnels continuent de bénéficier du maintien de leur adhésion au contrat collectif dans les mêmes conditions. Ils n'acquittent pas de cotisations.

7.2. Solidarités à destination des bénéficiaires retraités : le fonds d'aide aux retraités

Le fonds d'aide aux retraités prend en charge une partie des cotisations des bénéficiaires retraités, en tenant compte de leurs ressources.

Il est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 2 % des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires des garanties des paniers de soins mentionnés aux articles 5.1 et 5.2 du présent accord.

Il est piloté par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), compétente pour en fixer les modalités de mise en œuvre et suivre l'évolution des sommes collectées et le montant des dépenses par nature.

Un bilan du fonctionnement de ce fonds sera établi à l'issue d'une période de 3 ans et les parties signataires du présent accord pourront, le cas échéant, réviser le montant de la cotisation additionnelle à cette occasion.

Le fonds d'aide aux retraités est transféré intégralement au nouvel organisme après résiliation du contrat.

7.3. Suivi du coût des mécanismes de solidarité

Le coût des mécanismes de solidarité prévus au paragraphe 6.1.3 fait l'objet d'une évaluation annuelle.

Lorsque le coût total de ces mécanismes représente plus de 5 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi évalue son coût prévisionnel sur la durée du marché et informe le comité de suivi prévu par l'article 12 de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

Lorsque le coût total dépasse 10 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi adapte les plafonnements prévus aux paragraphes 6.1.3 et informe le comité de suivi prévu par l'article 12 de l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

Article 8

Actions de prévention en santé

L'organisme avec lequel le contrat collectif de protection sociale complémentaire « santé » obligatoire est conclu met en œuvre des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires après avis ou sur proposition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS). Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'employeur doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé, sécurité au travail.

Article 9

Sélection du contrat collectif en santé

Le Conseil d'Etat met en œuvre une procédure de mise en concurrence dans le la commande publique avec lequel le contrat collectif de protection sociale complémentaire « santé » sera conclu, dans le respect des dispositions du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Le contrat collectif est conclu dans le cadre d'un marché d'une durée de quatre ans et prorogeable deux fois 1 an, sans que, conformément aux dispositions du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, sa durée maximale ne puisse dépasser 6 ans.

Le contrat collectif souscrit par le Conseil d'Etat doit couvrir l'ensemble des dispositions du présent accord et l'organisme attributaire devra s'engager à ne pas proposer de couvertures complémentaires frais de santé autres que celles prévues par l'accord.

Le contrat devra être « responsable » conformément aux textes en vigueur et, l'organisme attributaire devra, dans tous les cas, respecter les dispositions régissant son caractère « responsable » et suivre l'évolution des textes réglementaires s'y rapportant.

Au-delà des critères mentionnés à l'article 8 du décret n° 2022-633, le Conseil d'Etat peut, dans le respect du code de la commande publique, notamment de l'obligation de transparence et de non-discrimination, ajouter tout autre critère objectif adapté à la couverture des bénéficiaires du contrat collectif.

La commission paritaire de pilotage et de suivi participe à la définition des critères, leur hiérarchisation et pondération. Avant l'attribution du marché, l'employeur présente à cette commission un rapport d'analyse des offres et des choix au regard des critères définis dans l'appel d'offres. La commission émet un avis sur ce rapport.

Article 10

Indicateurs de qualité en matière de gestion

L'organisme attributaire du contrat collectif doit fournir deux fois par an à la commission paritaire de pilotage et de suivi un tableau de bord de suivi des principaux indicateurs de qualité en matière de gestion comprenant notamment les indicateurs suivants : délais de traitement des adhésions et de leur mise à jour, des prises en charge d'hospitalisation, des devis (dentaire, optique, autres...), délai d'accusé réception des réclamations, délais de traitement des réponses aux réclamations, délais d'émission des cartes de tiers payant, taux de décroche de la plateforme d'accueil téléphonique, délais moyens d'attente et délais de réponse aux emails.

L'organisme attributaire s'engagera à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique et, prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers.

Article 11

Information des personnels

L'organisme attributaire du contrat collectif doit fournir une notice d'information sur les garanties du contrat collectif et un guide de gestion précisant notamment les modalités de remboursement des prestations et des principaux actes et services de gestion. Ces deux documents sont remis à chaque agent, magistrat administratif ou membre du Conseil d'Etat concerné au moment de l'adhésion au contrat collectif ainsi qu'à chaque modification du contrat.

La consultation de marché intégrera l'accompagnement des agents, magistrats administratifs et membres du Conseil d'Etat dans la compréhension du nouveau dispositif et le cas échéant pour la résiliation des contrats frais de santé et ou prévoyance antérieurs.

Article 12

Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Une commission paritaire de pilotage et de suivi sera mise en place avec des personnels de la juridiction administrative. La CPPS adopte un règlement intérieur.

La commission fixe :

- le barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités.

La commission participe également à :

- la définition des critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation et leur pondération ;
- la définition et le pilotage des actions de prévention à conduire par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ;
- l'audit et l'évaluation du contrat collectif, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires du contrat ;
- l'audit et l'évaluation des évolutions des cotisations et de la mise en œuvre des solidarités, notamment les dispositifs à l'égard des bénéficiaires retraités et des ayants droit ;
- l'appréciation des demandes d'évolutions du montant des cotisations.

La commission est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle. Cette commission se réunit au moins trois fois par an.

Article 13

Transférabilité des réserves et des fonds

L'ensemble des contrats collectifs souscrits par le Conseil d'Etat au titre du présent accord constitue un périmètre de mutualisation des résultats.

Cette mutualisation est établie par la constitution d'un compte de résultat global pour l'ensemble des contrats et permet la constitution d'une réserve de lissage des résultats de sinistralité ou l'amélioration des garanties.

Cette réserve, ainsi que le fonds de solidarité des retraités, sont transférés intégralement auprès du nouvel organisme attributaire en cas de résiliation des contrats de complémentaire santé constituant le périmètre de mutualisation.

Dans le cadre de la procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article 9, il sera négocié un protocole technique et financier conformément au présent accord définissant les dispositions d'établissement des comptes de résultat les règles de dotation et de reprise de la réserve, les modalités de gestion du fonds de solidarité des retraités ainsi que les modalités de transfert de la réserve du fonds de solidarité des retraités auprès du nouvel organisme attributaire en cas de résiliation des contrats collectifs de protection sociale complémentaire « santé » entrant dans le périmètre de mutualisation.

Article 14

Prévoyance

Compte tenu de l'accord interministériel de la fonction publique d'Etat de prévoyance du 20 octobre 2023, couvrant les risques liés à l'incapacité de travail, l'inaptitude, l'invalidité et le décès, l'employeur s'engage à décliner cet accord au bénéfice des agents, magistrats administratifs et membres du Conseil d'Etat notamment afin de proposer une couverture dès le 1^{er} janvier 2025.

Les cotisations pourront être révisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution des résultats annuels du contrat collectif de protection sociale complémentaire « prévoyance » pour tenir compte de l'évolution de la charge des prestations par rapport aux cotisations encaissées et des évolutions réglementaires éventuelles.

Dans le cadre du suivi et pilotage annuel du régime, l'organisme assureur du régime de prévoyance, communiquera, chaque année, à la commission mentionnée à l'article 12, les comptes de résultats comptables du dernier exercice clos et les comptes techniques par survenance.

Toute demande de revalorisation annuelle des cotisations doit être justifiée et documentée par l'organisme assureur du régime de prévoyance et communiquée dans un délai au minimum de trois mois avant la date de la revalorisation.

Les bénéficiaires du contrat collectif seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Article 15

Révision et dénonciation

Le présent accord peut être révisé ou dénoncé dans les formes et conditions des articles L. 227-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique.

Article 16

Entrée en vigueur, durée et publicité

L'accord collectif est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet d'une publication au *Journal officiel* et prendra effet au lendemain de sa publication.

Article 17

Suivi de l'accord

Un comité de suivi est institué avec les signataires du présent accord et se réunit au moins une fois par an.

Fait à Paris, le 3 avril 2024.

Le vice-président du Conseil d'Etat,
D.-R. TABUTEAU

Pour les organisations syndicales :

Pour la CGT CE/CNDA :

A. BRUNO

Pour le SIPCE :

Y. FATIL

Pour le SJA :

J. HENNINGER

Pour l'USMA :

N. CONNIN

Pour les représentants élus de la commission supérieure
du Conseil d'Etat, associés à la négociation :

B. PIREYRE

ANNEXES

ANNEXE 1

GARANTIES DU PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL
(POPULATION BÉNÉFICIAIRE DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE)

Les garanties sont exprimées y compris remboursements de la Sécurité sociale.

Panier de soins interministériels

Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	100% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	100% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	100% BR
Analyses Médicales et actes de biologie	100% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	100% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité (1)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	130% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	50,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	40,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	45,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	25,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	100% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an
Poste Dentaire	

Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Soins et prothèses du panier maîtrisé	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	375% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	375% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	375% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	375% BR
Prothèses dentaires provisoires	375% BR
Inlay Core	375% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	300% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	250% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	300% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	250% BR
Prothèses dentaires provisoires	300% BR
Inlay Core	200% BR
Inlays onlays d'obturation	125% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant
Implant dentaire	500 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par semestre
Poste Optique (3)	
Equipements du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre	
Monture	50 €
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6 Sphère < 6 ou Sphère > 6	60 € par verre 110 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	110 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	110 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4	150 € par verre

Sphère < -4 ou > + 4	200 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	150 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	200 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	200 € par verre
Poste Optique (3)	
Autres prescriptions optique prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	100 € par an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100 € par an
Chirurgie Réfractive	400 € par an
Poste appareils auditifs (4)	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Classe 2, équipement à tarif libre	1 400 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Classe 2, équipement à tarif libre	800 par prothèse
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage	200% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	Néant
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception, test de grossesse	80 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue)	40 € par séance max. 2 séances par an
Psychologue non pris en charge Ss	30 € par séance max. 4 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR

FR : frais réels.

BR : base de remboursement.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après. Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 100 €.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans.

ANNEXE 2

GARANTIES OPTIONNELLES

Les garanties sont exprimées y compris remboursements de la Sécurité Sociale.
Les garanties optionnelles incluent les garanties du panier de soins interministériel.

Option 1

	Option 1
Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	180% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	180% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Analyses Médicales et actes de biologie	100% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	100% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité (1)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	150% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	65,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	65,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	65,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	35,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	100% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an
Poste Dentaire	

Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Soins et prothèses du panier maîtrisé	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	400% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	400% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	400% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	400% BR
Prothèses dentaires provisoires	400% BR
Inlay Core	400% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	320% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	270% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	320% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	270% BR
Prothèses dentaires provisoires	320% BR
Inlay Core	250% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR 200 €
Implant dentaire	600 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	200 € par couronne (limité à 2 par an)
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	300% BR 400 € par semestre
Poste Optique (3)	
Equipements du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre	
Monture	80 €
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6 Sphère < 6 ou Sphère > 6	100 € par verre 160 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	100 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	100 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	160 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	160 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	160 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4 Sphère < -4 ou > + 4	200 € par verre 250 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	

Cylindre $\leq +4$, sphère de -8 à 0	200 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq +8$	200 € par verre
Cylindre $> +4$, sphère de -8 à 0	250 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> +8$	250 € par verre
Cylindre $\geq +0,25$, sphère < -8	250 € par verre
Poste Optique (3)	
Autres prescriptions optique prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 150 € par an 150 € par an
Chirurgie Réfractive	600 € par œil par an
Poste appareils auditifs (4)	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 500 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 000 € par prothèse
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage	200% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport Forfait	100% BR 50 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception, test de grossesse	150 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	100 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue)	40 € par séance max. 3 séances par an
Psychologue non pris en charge Ss	30 € par séance max. 4 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	183 € par acte 100% BR

FR : frais réels.

BR : base de remboursement.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Prise en charge d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après. Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 100 €.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans.

Les garanties sont exprimées y compris remboursements de la Sécurité Sociale.
Les garanties optionnelles incluent les garanties du panier de soins interministériel.

Option 2

Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	180% BR

Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	250% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	180% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	180% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	180% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	250% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	180% BR
Analyses Médicales et actes de biologie	100% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	100% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	150% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité (1)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	250% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	180% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	75,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	75,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	75,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	40,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	40,00 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	100% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an
Poste Dentaire	
Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Soins et prothèses du panier maitrisé	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	425% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	425% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	425% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	425% BR

Prothèses dentaires provisoires	425% BR
Inlay Core	425% BR
Inlays onlays d'obturation	200% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	425% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	325% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	425% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	325% BR
Prothèses dentaires provisoires	425% BR
Inlay Core	325% BR
Inlays onlays d'obturation	200% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	250 €
Implant dentaire	800 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	300 € par couronne (limité à 2 par an)
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	375% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par semestre
Poste Optique (3)	
Equipements du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6 Sphère < 6 ou Sphère > 6	130 € par verre 200 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre \leq + 4, sphère de -6 à 0	130 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) \leq + 6	130 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	200 € par verre
Cylindre \geq + 0,25, sphère < -6	200 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	200 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4 Sphère < -4 ou > + 4	250 € par verre 300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre \leq + 4, sphère de -8 à 0	250 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) \leq + 8	250 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	300 € par verre
Cylindre \geq + 0,25, sphère < -8	300 € par verre
Poste Optique (3)	
Autres prescriptions optique prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR

Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 200 € par an 200 € par an
Chirurgie Réfractive	700 € par œil par an
Poste appareils auditifs (4)	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 600 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 200 € par prothèse
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage	250% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	250% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport Forfait	100% BR 100 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception, test de grossesse	150 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	125 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue)	60 € par séance max. 3 séances par an
Psychologue non pris en charge Ss	30 € par séance max. 4 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	183 € par acte 100% BR

FR : frais réels.

BR : base de remboursement.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) prise en charge d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après. Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 100 €.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans.

Les garanties sont exprimées y compris remboursements de la Sécurité Sociale.
Les garanties optionnelles incluent les garanties du panier de soins interministériel.

Option 3

Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	400% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	400% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	400% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	400% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	200% BR

Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	400% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Analyses Médicales et actes de biologie	100% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	200% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité (1)	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	400% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM-CO	200% BR
Frais de séjour	100% FR conventionné 100% BR non conventionné
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	100,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	100,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	100,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	50,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	50,00 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	100% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an
Poste Dentaire	
Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Soins et prothèses du panier maîtrisé	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	500% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	500% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	500% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	500% BR
Prothèses dentaires provisoires	500% BR
Inlay Core	500% BR
Inlays onlays d'obturation	300% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	500% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	425% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	500% BR

Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	425% BR
Prothèses dentaires provisoires	500% BR
Inlay Core	500% BR
Inlays onlays d'obturation	300% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR 300 €
Implant dentaire	1 000 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	400 € par couronne (limité à 2 par an)
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	450% BR 400 € / semestre
Poste Optique (3)	
Equipements du panier 100% santé (2)	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6 Sphère < 6 ou Sphère > 6	160 € par verre 250 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	250 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	250 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	250 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4 Sphère < -4 ou > + 4	300 € par verre 350 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	350 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	350 € par verre
Poste Optique (3)	
Autres prescriptions optique prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 300 € par an 300 € par an
Chirurgie Réfractive	1 000 € par œil par an
Poste appareils auditifs (4)	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 700 € par prothèse
20 ans et plus	

Classe 1, équipement 100% santé (2) Classe 2, équipement à tarif libre	Prise en charge intégrale 1 400 par prothèse
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage	300% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	300% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport Forfait	100% BR 200 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception, test de grossesse	150 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	150 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue)	80 € par séance max. 3 séances par an
Psychologue non pris en charge Ss	30 € par séance max. 4 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	183 € par acte 100% BR

FR : frais réels.

BR : base de remboursement.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée.

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) prise en charge d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date d'achat du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après. Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 100 €.

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans.