

LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

La PSC sera mise en place à compter du 1^{er} janvier 2025 et sera obligatoire pour les agents de l'Etat. Elle est issue d'un accord du 16 mai 2024 entre le ministère de l'intérieur et des outre-mer et les organisations syndicales. Elle proposera des garanties « socles », que l'agent pourra compléter avec des garanties optionnelles. L'agent pourra également assurer les membres de son foyer. Son coût exact pour les agents n'est pas encore connu et dépendra du contrat que le ministère de l'intérieur et des outre-mer passera.

Table des matières

Les différents types de protection sociale	1
Les personnes concernées par la PSC	2
Calcul des cotisations	2
Principe.....	2
Pour les agents	2
Pour les retraités	3
Pour les ayant droit	3
Garanties optionnelles et cotisations optionnelles.....	3
Tarifs annoncés.....	3
Exemple de tarif pour les agents.....	4
Exemple de tarif pour les retraités.....	4
La prévoyance.....	4
Qu'est-ce que c'est ?	4
Qu'en est-il avec la PSC ?.....	4
Conclusion	4
ANNEXES.....	5
Comment lire le tableau des garanties	5
Accord du 16 mai 2024.....	6

Les différents types de protection sociale

Il existe, schématiquement, deux types de protection sociale : la sécurité sociale et les mutuelles. En France, ces deux régimes cohabitent et se complètent.

La sécurité sociale fonctionne sur un principe de protection qui se veut universelle. Chacun cotise en fonction de ses ressources et reçoit en fonction de ses besoins. Elle est aujourd'hui gérée par l'Etat et les partenaires sociaux. On parle de gestion paritaire.

La complémentaire santé ou mutuelle fonctionne sur un principe d'adhésion volontaire. Chacun cotise en fonction de ses besoins, peu importe ses ressources. Les mutuelles fixent donc les cotisations de chaque adhérent sur l'idée qu'elle se fait de leur besoin. Par exemple, la cotisation augmente avec l'âge car on suppose que plus une personne est âgée, plus elle a de dépense de santé. Les mutuelles sont des entreprises privées.

Le système de protection sociale complémentaire proposée est un système mixte : une cotisation d'équilibre est fixée à partir des besoins probables de l'ensemble des assurés. Une part fixe est prise en charge par l'administration-employeuse. L'agent paie une part fixe (la même pour tous les agents), ainsi qu'une part variable en fonction de ses ressources. L'agent peut ajouter une sur cotisation pour une meilleure protection.

La PSC sera confiée à une entreprise privée selon un appel d'offre passé par le ministère. Le contrat aura une durée maximale de 6 ans. Son exécution sera contrôlée par une commission paritaire.

Les personnes concernées par la PSC

La PSC devrait être mise en place à partir du 1^{er} janvier 2025. On distingue deux types de bénéficiaires :

- Ceux pour qui la PSC est obligatoire
- Ceux pour qui la PSC est facultative.
-

Obligatoire	Facultatif
Les fonctionnaires titulaires et stagiaires, les contractuels, les ouvriers de l'Etat, les apprentis	Retraité
	Les ayants droits : enfants, conjoint/concubin/partenaire de PACS

Que se passe-t-il pour les agents déjà couvert par une mutuelle obligatoire (par ex du conjoint ?)

- o l'accord ne semble pas prévoir d'exception dans ce cas.

Quelles sont les règles de résiliation de ma mutuelle actuelle ?

La loi du 14 juillet 2019 prévoit la possibilité de résilier un contrat de complémentaire santé à tout moment après une année de souscription.

Calcul des cotisations

Principe

Le cout est déterminé en fonction d'une cotisation d'équilibre qui correspond au cout total mensuel du financement des prestations sociales + dispositif de solidarité / nombre de cotisants.

La cotisation d'équilibre n'est à ce jour pas connue.

On peut dès lors s'interroger sur la transparence de ce dispositif et légitimement s'inquiéter d'un risque d'explosion du montant des cotisations.

Pour les agents

La cotisation de chaque agent se décompose comme suit :

- 50% de la cotisation d'équilibre payée par l'employeur
- 20% forfaitaire de la cotisation d'équilibre
- 30% variable en fonction d'un coefficient appliqué à la rémunération brute mensuelle de l'agent soumis à cotisation sociale (CSG et CRDS)

Exemple : si dépenses totales de santé de 1 000 euros par mois pour un groupe de 100 agents, la cotisation d'équilibre est fixée à 10 euros par mois et par agent

Ce qui donne si on suit l'exemple ci-dessus :

Cotisation d'équilibre : 10 euros

- Dont 5 euros pris en charge par l'employeur
- Dont 2 euros forfaitaire
- Dont plus ou moins 3 euros en fonction du coefficient.

Autrement dit, la part de l'agent est fixée autour de 5 euros.

Pour les retraités

Les retraités peuvent bénéficier de la PSC pendant les 6 années qui poursuive la cessation définitive de leur activité. Leur cotisation varie au fil des années.

Année	Montant de la cotisation
1 ^{ère} année	100%
2 ^{ème} année	125%
3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	150%
6 ^{ème} année	175%

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

Pour les ayant droit

Ayant droit	Montant de la cotisation
Conjoint/partenaire de pacs/concubin d'un agent ou d'un retraité	110% de la cotisation d'équilibre
Enfants de moins de 21 ans	50% de la cotisation d'équilibre à partir de 3 enfants, cotisation plafonnée au montant pour 2 enfants
Enfant entre 21 et 25 ans si justifie poursuite des études	100% de la cotisation d'équilibre
Enfant de plus de 21 ans, en situation de handicap	100% de la cotisation d'équilibre

Garanties optionnelles et cotisations optionnelles

L'agent a la possibilité de souscrire des garanties optionnelles supplémentaires moyennant une surcotisation. Cette surcotisation sera prise en charge, pour l'agent, à hauteur de 50% dans la limite de 5 euros mensuel maximum.

Tarifs annoncés

Les tarifs actuellement annoncés par les organisations syndicales ayant participé à l'accord :

Garantie socle : 60 euros

Garantie optionnelle 1 : 10 euros

Garantie Optionnelle 2 : 20 euros

Exemple de tarif pour les agents

Bénéficiaire	Socle	Socle + Option 1	Socle + option 2
Agent	30 euros	35 euros	45 euros
Agent + 1 enfant (-21 ans)	60 euros	75 euros	95 euros
Agent + 2 enfants (-21 ans)	90 euros	115 euros	145 euros
Agent + partenaire	96 euros	111 euros	131 euros
Couple + 1 enfant (-21 ans)	126 euros	151 euros	181 euros
Couple + 2 enfants (-21 ans)	156 euros	191 euros	231 euros

Exemple de tarif pour les retraités

Année	Socle	Socle + Option 1	Socle + option 2
1 ^{ère} année	60 euros	70 euros	80 euros
2 ^{ème} année	75 euros	85 euros	95 euros
3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	90 euros	100 euros	120 euros
6 ^{ème} année	105 euros	115 euros	125 euros

La prévoyance

Qu'est-ce que c'est ?

La prévoyance est un contrat d'assurance permettant de s'assurer contre les aléas de la vie, non pris en charge par la sécurité sociale ou par une autre assurance. Elle prend notamment en charge les pertes de salaire pour les maladies et accidents non professionnels.

Par exemple : un agent doit subir une opération sans lien avec une maladie professionnelle et être arrêté pendant 6 mois. Après 3 mois de congés maladie ordinaire, son traitement est réduit de moitié. La prévoyance permet de couvrir la perte de salaire, en partie ou en totalité (en fonction du contrat souscrit).

Qu'en est-il avec la PSC ?

Nous n'avons pas, à l'heure actuelle, d'accès à un accord sur la prévoyance.

Néanmoins, selon la CFDT, un contrat serait en cours de préparation sur ce point. Il prévoit que la prévoyance sera facultative. Il est prévu que le MIOM négocie un contrat séparé et participe à hauteur de 7 euros par agent et par mois.

Conclusion

La protection sociale complémentaire prise en partie en charge par l'employeur constitue sans nul doute une avancée pour la protection sociale des agents. Pour autant, elle participe à la mutualisation de la protection sociale. On ne peut que regretter le fait de persister à confier à des sociétés privées de mutuelles, dont les coûts de gestion sont mirobolants, une protection sociale qui pourrait être prise en charge par une grande sécurité sociale, gérée démocratiquement. Il est toujours regrettable de voir l'Etat faire le choix du privé, plutôt que de ses propres compétences. Il est encore regrettable de constater que chaque ministère négocie sa PSC, creusant encore les inégalités de traitement entre les différents agents de l'Etat.

Enfin, on peut légitimement s'inquiéter de la transparence des dispositifs de fixation des cotisations mais aussi des risques de conflits d'intérêt, les mutuelles étant particulièrement touchées par de telles problématiques.

ANNEXES

Comment lire le tableau des garanties

La sécurité sociale détermine pour les prestations qu'elle prend en charge un montant de base. C'est ce qu'on appelle la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS). Pour de nombreux actes, la sécurité sociale ne rembourse qu'une partie de la BRSS : c'est le taux de remboursement. Enfin, l'acte médical ou les honoraires du praticien peuvent coûter plus cher que la BRSS.

Par exemple : la BRSS pour la consultation chez un dentiste est de 23 euros et le taux de remboursement de la consultation du dentiste est de 60%, soit 13,80 euros. Le reste à charge de 9,20 euros peut être pris en charge par une complémentaire santé.

Autre exemple : la BRSS pour les lunettes où l'on constate que la base de remboursement n'a aucun rapport avec le coût réel des lunettes.

	BRSS	Taux de remboursement
Monture	2,84 euros	60% soit 1,70 euros
Verre	6,25 euros	60% soit 3,75 euros

La sécurité sociale peut également prévoir une « participation forfaitaire ». C'est une somme déterminée qui ne peut être prise en charge ni par la sécurité sociale, ni par la mutuelle. L'objectif de cette « participation forfaitaire » est clair : dissuader les assurés d'effectuer des dépenses de santé.

Par exemple : la consultation chez un médecin généraliste :

BRSS : 26,50 euros

Taux de remboursement : 70% soit 18,55 euros

Participation forfaitaire : 2 euros (qui ne sont jamais pris en charge)

La sécurité sociale ne rembourse donc que 16,55 euros

Remboursement si mutuelle : 7,95 euros

Les taux de remboursement de la sécurité sociale peuvent être retrouvés sur après avoir saisi son code postal : <https://www.ameli.fr/paris/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>

Les pourcentages du tableau des garanties correspondent au taux de remboursement de la sécurité sociale + de la complémentaire santé, calculés sur la BRSS.

Pour les actes non pris en charge par la sécurité sociale ou ceux dont la BRSS est ridiculement basse (ex : les lunettes), le tableau donne directement le montant pris en charge.

Par exemple :

La garantie socle prévoit une prise en charge à 100% de la consultation chez un généraliste. Ces 100% comprennent les 70% pris en charge par la sécurité sociale + les 30% pour la mutuelle.

Exemple avec une consultation sans dépassement d'honoraires et une consultation avec dépassement d'honoraires :

Prix consultation	26,50 euros	35 euros
Taux de remboursement SS fixé sur la BRSS	70% soit 18,55 euros	70% soit 18,55 euros
Participation forfaitaire non remboursable	2 euros	2 euros
Taux de remboursement Mutuelle fixé sur BRSS	30% soit 7,95 euros	30% soit 7,95 euros
Reste à charge	2 euros (correspondant à la participation forfaitaire)	5,50 euros

Dépassement d'honoraires et convention OPTAM

Certains pourcentages dépassent 100%. Cela permet de prendre en charge les dépassements d'honoraires des médecins. En effet, les médecins ne sont pas obligés de fixer leur honoraire sur le montant de la BRSS et peuvent demander plus.

Les garanties varient aussi selon si le praticien est signataire de la convention OPTAM /OPTAM-CO. Il s'agit d'une convention entre des praticiens volontaires et la sécurité sociale pour maîtriser les dépassements d'honoraires. Les praticiens signataires s'engagent à ne pas fixer des dépassements d'honoraire au-delà d'un certain seuil (objectifs) et sont « récompensés » par des primes variant selon s'ils ont atteint ou non leurs objectifs.

Par exemple :

Si on reprend l'exemple précédent d'une consultation chez le généraliste à 35 euros. On rappelle que la BRSS d'une consultation chez un généraliste est toujours de 26,50 euros avec 2 euros de participation forfaitaire non remboursable. Précisons enfin que la mutuelle, comme la sécurité sociale, ne rembourse jamais plus que les frais engagés.

	Socle	Option 1		Option 2	
		OPTAM	Pas OPTAM	OPTAM	Pas OPTAM
Prix de la consultation	35 euros				
Taux de remboursement SS fixé sur la BRSS	70% soit 18,55 euros				
Participation forfaitaire non remboursable (PF)	2 euros				
Taux de remboursement Mutuelle fixé sur BRSS	30% soit 7,95 euros	130% soit 45,50 euros	110% soit 38,50 euros	180% soit 63 euros	130% soit 45,50 euros
Reste à charge	5,50 euros (dont 2 euros de PF)	2 euros (correspondant à la PF)			

Accord du 16 mai 2024

Décrets, arrêtés, circulaires

ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DES OUTRE-MER

Accord du 16 mai 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident des agents du ministère de l'intérieur et des outre-mer ainsi que ceux des établissements publics et d'une autorité administrative indépendante adhérant volontairement au contrat collectif

NOR : IOMA24141700

Entre :

Le ministre,

Et :

Les organisations syndicales représentatives siégeant au conseil social d'administration ministériel unique du ministère de l'intérieur et des outre-mer :

- Alliance Police Nationale, UNSA Police, SAPACMI, SNIPAT, Synergie Officiers, UATS, SCPN, SNPPS, SICP, SANEER et SR, UDO, SPPN, SAP GMA, UNSA FASMI ;
- FSMI-FO ;
- CFDT INTERCO-Alternative Police, SCSI, SMI.

Préambule

Garantir une protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique constitue un engagement fort du Gouvernement. En ce sens, l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire définit un cadre inédit pour l'ensemble des agents de la fonction publique.

La protection sociale complémentaire constitue en ce sens une avancée majeure, en permettant aux agents de bénéficier d'une couverture commune de qualité, cofinancée par le ministère, pour les frais de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Depuis janvier 2022, un dispositif transitoire permet de faire bénéficier les agents d'une participation forfaitaire de 15 euros, dans le cadre du dispositif de remboursement par les employeurs publics d'une partie des cotisations couvrant les frais de santé de leurs agents.

A partir du 1^{er} janvier 2025, la mise en place d'une protection sociale complémentaire pérenne et ambitieuse portant sur le volet « santé » succédera à ce dispositif temporaire.

Grâce à un contrat collectif solidaire et responsable, à adhésion obligatoire, conformément à l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et au décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, les agents bénéficieront d'une couverture de qualité et de garanties plus couvrantes, avec une cotisation maîtrisée et cofinancée à 50 % par l'employeur public.

Au travers de la protection sociale complémentaire, l'Etat s'inscrit également dans une démarche de rénovation du dialogue social dans lequel la négociation collective prend toute sa place. L'accord de méthode signé le 19 octobre 2023 a permis de riches échanges avec les représentants du personnel, dont le présent accord ministériel est le fruit.

Article 1^{er}

Objet

Le présent accord a pour objet de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 26 janvier 2022 sur le volet « santé » de la protection sociale complémentaire (PSC).

A ce titre, il précise les modalités de fonctionnement du dispositif relatif au volet santé de la PSC ainsi que le cadre du contrat qui sera souscrit par le ministère auprès d'un ou plusieurs organismes relevant des catégories définies à l'article 7 du décret du 20 avril 2022, sur la base des garanties et des modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance.

Cet accord précise en particulier pour les bénéficiaires, les garanties optionnelles proposées, la qualité de gestion des contrats et des services, les dispositifs de solidarité, la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) et le comité de suivi de l'accord ministériel.

Article 2

Périmètre de l'accord

Le présent accord concerne l'ensemble des agents du ministère de l'intérieur et des outre-mer, de ses établissements publics sous tutelle et autorité administrative indépendante qui sont listés en annexe 1, à l'exception des personnels sous statut militaire.

En cas d'évolution du périmètre, un avenant modifiera le présent accord.

Le ministère de l'intérieur et des outre-mer et l'ensemble des structures qui lui ont donné mandat sont dénommés « employeur ».

Article 3

Bénéficiaires

L'accord interministériel définit trois catégories de bénéficiaires dont l'adhésion au contrat collectif est soit obligatoire, soit facultative.

Article 3.1

Bénéficiaires à titre obligatoire

Conformément à l'article 2 du décret du 22 avril 2022, les bénéficiaires actifs tenus d'adhérer au contrat collectif souscrit par l'employeur sont les agents employés et rémunérés par l'employeur. Il s'agit des agents suivants :

- fonctionnaires civils de l'Etat ;
- fonctionnaires stagiaires de l'Etat ;
- agents contractuels de droit public, y compris de courte durée ;
- agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du CGFP ;
- apprentis.

Conserveront la qualité de bénéficiaire actif à titre obligatoire :

- actif en congé parental ;
- actif en 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 ;
- actif en congé de proche aidant, de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- actif en congé de formation professionnelle.

Comme le prévoit l'article 21 du décret du 22 avril 2022, des adaptations seront mises en œuvre pour :

- les bénéficiaires employés en Alsace-Moselle ;
- les agents affectés à l'étranger qui auront des garanties spécifiques listées en annexe de cet accord ;
- les agents affectés dans les collectivités d'outre-mer prévu à l'article 74 de la Constitution, en Nouvelle-Calédonie, à Mayotte.

Les parties s'engagent à intégrer dans le contrat collectif, les dispositions législatives et/ou réglementaires ultérieures relatives à ces catégories d'agents.

Article 3.2

Bénéficiaires à titre facultatif

Article 3.2.1

Les retraités

Les retraités peuvent demander à adhérer aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit par leur dernier employeur, pour la catégorie des « bénéficiaires retraités », en application de l'article 4 du décret du 22 avril 2022.

Article 3.2.2

Les ayants-droit

Les ayants droit peuvent demander à adhérer à tout moment aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit par l'employeur, pour la catégorie des « bénéficiaires ayants droit », en application de l'article 5 du décret du 22 avril 2022.

Article 4

Dispense d'adhésion

L'article 3 du décret du 22 avril 2022 définit les cas de dispense.

A défaut de dispense d'adhésion, l'agent sera automatiquement affilié au contrat collectif.

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

Article 5.1

Garanties de prestation sociale complémentaire non optionnelles (socle obligatoire)

L'accord interministériel en santé du 26 janvier 2022, complété par l'arrêté du 30 mai 2022, définit le socle de garanties de prestation sociale complémentaire.

Ces garanties sont identiques pour tous les bénéficiaires quels qu'ils soient actifs, retraités, ayant droit.

Article 5.2

Garanties optionnelles

Les bénéficiaires ont la possibilité de souscrire à des options afin de renforcer les prestations de la couverture collective des frais de santé.

Deux niveaux de couverture sont proposés afin d'améliorer l'économie générale de la couverture santé sur les différents postes de soins.

Ces garanties seront identiquement proposées à tous les bénéficiaires quels qu'ils soient (actifs, retraités, ayants droit).

Le tableau des garanties sera annexé au présent accord.

Article 6

Dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires et actions de prévention

Des dispositifs de solidarités et ainsi que des prestations d'accompagnement social et des actions de prévention seront mis en œuvre.

Article 6.1

Dispositif de solidarité au profit des bénéficiaires retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé auprès de la commission paritaire de pilotage et de suivi.

Ce fonds peut prendre en charge une partie des cotisations des bénéficiaires retraités les plus modestes selon un barème à définir par la CPPS.

Le fonds est abondé par la collecte d'une cotisation additionnelle de 2 % des cotisations hors taxes acquittée par l'ensemble des bénéficiaires.

Article 6.2

Accompagnement social

Les parties au présent accord prévoient la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires des contrats collectifs souscrits par l'employeur, en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Ces prestations sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle dédiée de 0,5 % hors taxes acquittée par l'ensemble des bénéficiaires, laquelle pourra être réévaluée par avenant dans la limite d'un plafond fixé par arrêté des ministres chargés de la fonction publique et du budget.

Article 6.3

Actions de prévention en santé

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme avec lequel le contrat collectif sera conclu.

Le coût de ces actions de prévention sera intégré dans le contrat collectif.

Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention qui incombent à l'employeur au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail mais sont mises en place dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants déployés par l'employeur.

Article 7

Cotisations

Article 7.1

Cotisation couvrant les garanties de prestation sociale complémentaire non optionnelles (socle obligatoire)

Les cotisations des bénéficiaires des contrats collectifs sont calculées par référence à une cotisation d'équilibre déterminée pour le contrat souscrit pour les bénéficiaires actifs.

Cette cotisation d'équilibre correspond à la somme rapportée à un bénéficiaire actif :

- du coût total mensuel du financement des garanties non optionnelles prévues pour l'ensemble des bénéficiaires actifs du contrat, qui est appelée cotisation de référence ;
- du coût mensuel des dispositifs de solidarités prévus aux articles 22, 25 et 26 du décret du 22 avril 2022.

Article 7.1.1

Cotisation des bénéficiaires actifs

La cotisation du bénéficiaire actif se décompose en trois parts :

- une part acquittée par l'employeur correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle forfaitaire acquittée par le bénéficiaire actif, correspondant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle variable solidaire, acquittée par le bénéficiaire actif, correspondant en moyenne à 30 % de la cotisation d'équilibre. Elle est calculée sur la base d'un coefficient appliqué à la rémunération brute mensuelle de l'agent soumise à CSG et CRDS, plafonnée au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS).

Le montant de la cotisation d'équilibre est issu de la négociation du contrat. Il est précisé par voie d'avenant au présent accord.

Article 7.1.2

Cotisation des retraités et des ayants-droits

Le montant de la cotisation des retraités et des ayants droits est intégralement à leur charge. Il est déterminé de la manière suivante :

– Retraités :

La cotisation des bénéficiaires retraités est fixée de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties couvertes par le contrat collectif. Cette cotisation est limitée à 175 % de la cotisation d'équilibre.

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

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième année, à 150 %.

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

– Ayants droit :

La cotisation des bénéficiaires ayants droit est fixée de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties couvertes par le contrat collectif.

La cotisation des ayant-droits est plafonnée à 110 % de la cotisation d'équilibre lorsqu'ils relèvent des situations suivantes :

- 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.

La cotisation des ayant-droits est plafonnée à 50 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans. A partir du 3^e enfant d'un même bénéficiaire, la cotisation est plafonnée à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants.

La cotisation des ayant-droits est plafonnée à 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants, au-delà 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.

Article 7.2

Cotisation complémentaire couvrant les garanties optionnelles

Cette cotisation s'ajoute au financement du socle obligatoire.

Pour les bénéficiaires actifs, les options sont prises en charge :

- par l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite d'un plafond de 5 € par bénéficiaire actif et par mois ;
- pour le reste, par les bénéficiaires actifs eux-mêmes.

Pour les bénéficiaires retraités et ayants droit, la prise en charge est entièrement à leur charge.

Article 7.3

Cotisations additionnelles

Le fonds à destination des retraités, visé à l'article 6.1 du présent accord, est abondé par la collecte d'une cotisation additionnelle égale à 2 % des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle dont le taux est fixé à l'article 6.2 du présent accord.

Article 7.4

Evolution de la cotisation d'équilibre

Conformément à l'article 14 du décret du 22 avril 2022, le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

Cette évolution se répercute dans les mêmes proportions sur les cotisations des bénéficiaires qui sont informés du changement de montant et de la date d'effet.

Article 7.5

Cas particulier des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Les cotisations des bénéficiaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaires des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale sont minorées en fonction du financement des garanties complémentaires déjà pris en charge par ce régime conformément à l'article 21 du décret du 22 avril 2022.

Article 8

Sélection de l'organisme

La sélection de l'organisme avec lequel seront conclus les trois contrats collectifs destinés aux bénéficiaires actifs, aux bénéficiaires retraités et aux bénéficiaires ayants droit est opérée conformément aux dispositions de l'article 8 du décret du 22 avril 2022. Cet article prévoit notamment qu'un critère de sélection portant sur la qualité de gestion des contrats et des services soit intégré dans le cahier des charges.

L'employeur lance le processus de sélection en application de l'article 7 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Le titulaire du marché sera sélectionné pour une durée maximale de six ans, le cadencement sera défini dans le cahier des charges du marché.

Article 9

Information générale des bénéficiaires

Les bénéficiaires actifs seront destinataires d'une information de l'employeur précisant les principes d'affiliation, celles de leurs ayants-droit ainsi que les modalités de dispense. Ils seront également informés des modalités de financement de la cotisation obligatoire et optionnelle.

Après attribution du contrat, l'organisme retenu établira une notice d'information qu'il transmettra à l'employeur pour les bénéficiaires actifs et directement aux autres bénéficiaires.

Cette notice détaillera les modalités d'affiliation définies avec l'employeur, les garanties en couverture santé, les garanties optionnelles, ainsi que leurs modalités d'application et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précisera également les conditions de modification des garanties et/ou du contrat.

Article 10

Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Conformément à l'article 28 du décret du 22 avril 2022, une commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) de l'accord ministériel est instituée.

Elle tient un rôle essentiel dans l'initialisation et le suivi du régime.

Elle adopte son règlement intérieur et se réunit au moins 3 fois par an.

Article 10.1

Missions de la CPPS

Les missions de la CPPS débutent au stade de la préparation de la commande publique, pour sélectionner le/les opérateur(s), et de la notification du marché, et se poursuivent avec le pilotage du ou des contrats de PSC pendant la vie du régime.

La CPPS est ainsi consultée sur :

- la définition des critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation ou leur pondération. Elle émet un avis sur le rapport exposant l'analyse et le classement des offres définitives des candidats au regard des critères définis dans le cahier des charges ;
- l'adaptation des plafonds de cotisation des bénéficiaires lorsque le coût des solidarités excède un pourcentage de la cotisation de référence ;
- la CPPS participe à :
 - la définition et le pilotage des actions de prévention à conduire par les organismes avec lesquels les contrats collectifs sont conclus, ainsi qu'à leur évaluation ;
 - l'audit et l'évaluation des contrats collectifs, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires des contrats ;
 - la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme avec lequel les contrats collectifs sont conclus ;
 - l'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité.

S'agissant du fond d'aide à destination des bénéficiaires retraités, la CCPS propose à l'employeur un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités en tenant compte des ressources de ces bénéficiaires.

Article 10.2

Composition de la CPPS

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, la CPPS est composée paritairement, conformément à l'article 29 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Article 11

Comité de suivi de l'accord

Un comité de suivi de l'accord sera mis en place avec les signataires de l'accord.

Il est présidé par le ministre de l'intérieur et des outre-mer ou son représentant qui est chargé de transmettre le calendrier des réunions et les convocations ainsi que l'ordre du jour des séances aux membres du comité.

Ce comité a pour mission de suivre l'application du présent accord et est saisi des demandes d'évolution de l'accord ministériel.

Le ministère de l'intérieur des outre-mer sera amené à présenter devant ce comité un rapport sur la mise en œuvre du volet santé de la protection sociale complémentaire.

Il se réunit au moins une fois par an.

Ses travaux pourront faire l'objet d'une information en CSA ministériel unique.

Article 12

Révision et dénonciation de l'accord ministériel

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les articles L. 227-2 à L. 227-4 du code général de la fonction publique.

Article 13

Entrée en vigueur et durée de l'accord ministériel

Le CSA-ministériel unique du MIOM est informé du présent accord.

Les parties disposent d'un délai de huit jours calendaires pour signer l'accord ministériel à compter de la date d'envoi de celui-ci par l'administration.

Le présent accord 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.

L'accord ministériel prend effet à compter du lendemain de sa publication.

Pour le ministre de l'intérieur
et des outre-mer :

Le secrétaire général,
D. MARTIN

*Le directeur général
de la police nationale,*
F. VEAUX

Pour Alliance Police Nationale, UNSA Police, SAPACMI, SNIPAT, Synergie Officiers,
UATS, SCPN, SBPPS, SICP, SANEER & SR, UDO, SPPN, SAP GMA, UNSA FASMI :

Alliance Police Nationale :

Le secrétaire général,
F. VANHEMELRYCK

UNSA Police :

Le secrétaire général,
O. VARLET

Fédération autonome des syndicats
du ministère de l'intérieur :

Le secrétaire général,
T. CLAIR

Syndicat autonome des préfetures
de l'administration centrale
du ministère de l'intérieur :

Le secrétaire général,
R. RIBES

Syndicat national indépendant
des personnels administratifs et techniques :

Le secrétaire général,
G. KNECHT

Synergie Officiers :
La secrétaire générale,
G. JAMES

Union des personnels administratifs,
techniques, spécialisés :

Le secrétaire général,
P. AFONSO

Syndicat des commissaires
de la police nationale :

Le secrétaire général,
F. LAUZE

Syndicat national des personnels
de police scientifique :

Le secrétaire général,
M. VINARD

Syndicat indépendant
des commissaires de police :

Le président,
O. BOISTEAUX

Syndicat autonome national des experts
de l'éducation routière et de la sécurité routière :

Le secrétaire général,
C. NAUWELAERS

Union des officiers :
Le secrétaire général,
T. ARTALE

Syndicat des psychologues
de la police nationale :

La secrétaire générale,
D. COSTE

Syndicat autonome des personnels
des moyens aériens :

Le secrétaire général,
P. FERRER

Pour FSMI-FO :
Le secrétaire général,
Y. LEFEBVRE

Pour la CFDT INTERCO-ALTERNATIVE
Police, SCSI, SMI :
Le secrétaire national,
J. MORCRETTE

ANNEXES

ANNEXE 1

PERIMÈTRE DE L'ACCORD

Le périmètre de l'accord PSC concerne les agents du ministère de l'intérieur et des outre-mer ainsi que ceux des établissements publics et autorité administrative indépendante ci-après qui ont donné leur mandat à cet effet.

Etablissements publics (EP) :

Agence des communications mobiles opérationnelles de sécurité et de secours (ACMOSS).

Agence du numérique de la sécurité civile (ANSC).

Agence nationale de traitement automatisé des infractions (ANTAI).

Agence nationale des titres sécurisés (ANTS).

Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS).

Ecole nationale supérieure de la police nationale (ENSP).

Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers (ENSOSP).

Office français de l'immigration et de l'intégration (OFFI).

Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA).

Autorités administratives indépendantes (AAI) :

La commission nationale des comptes de campagne et des financements politiques.

ANNEXE 2

GRILLE DE GARANTIES

*Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).
Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).*

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Honoraires (1)			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 %	200 %	250 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 %	180 %	200 %
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	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 %	150 %	200 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)			
Court séjour et maternité	50 €/nuit	60 €/nuit	100 €/nuit
Soins de suite	40 €/nuit	50 €/nuit	60 €/nuit
Psychiatrie	45 €/nuit	55 €/nuit	65 €/nuit
Ambulatoire	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50 €/nuit	40 €/nuit	45 €/nuit
Etablissement non conventionné	25 €/nuit	30 €/nuit	35 €/nuit
Autres			

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Autres	-	-	-
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultations/Visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100 %	200 %	250 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 %	180 %	200 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 %	200 %	250 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 %	180 %	200 %
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 %	200 %	250 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 %	180 %	200 %
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130 %	200 %	250 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 %	180 %	200 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	150 %	200 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %	150 %	200 %
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	100 €/an	150 €/an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200 %	250 %	350 %
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %	150 %	200 %
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé (2)	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 %	200 %
Prothèses (hors 100 % Santé)			
Panier Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 %	425 %	475 %

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Prothèses amovibles	375 %	425 %	475 %
Prothèses provisoires	375 %	400 %	450 %
Inlay Core	375 %	400 %	425 %
Inlays onlays d'obturation	150 %	250 %	375 %
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % Dent non visible : 250 %	350 %	475 %
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % Dent non visible : 250 %	300 %	475 %
Prothèses provisoires	300 %	350 %	450 %
Inlay Core	200 %	250 %	375 %
Inlay Onlay d'obturation	-		
Implantologie			
Implants	500 €/implant (limite 2 implants/an)	600 €/implant (limite 2 implants/an)	700 €/implant (limite 2 implants/an)
Couronne sur implant	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	300 €/couronne (limite 2 couronnes/an)	400 €/couronne (limite 2 couronnes/an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 %	300 %	450 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre	400 €/semestre	500 €/semestre
Aides auditives			
Equipements 100 % Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)	800 €	1 200 €	1 500 €
Petits équipements (piles...)	-	-	52,50€/an
Optique			
Equipements 100 % Santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	75 €	100 €
Monture + Verres (cf. grille optique)	1 Monture + 2 verres simples : 170 € 1 Monture + 2 verres complexes : 270 € ou 350 € 1 Monture + 2 verres très complexes : 450 €	1 Monture + 2 verres simples : 200 € 1 Monture + 2 verres complexes : 300 € ou 400 € 1 Monture + 2 verres très complexes : 500 €	1 Monture + 2 verres simples : 300 € 1 Monture + 2 verres complexes : 400 € ou 500 € 1 Monture + 2 verres très complexes : 600 €
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	100 €/an	100 €/an	200 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €/an	450 €/an	750 €/an
Grille optique (par verre)			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre \leq + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) \leq + 6 (simple)	60 €	62,50 €	100 €
Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) $>$ + 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Cylindre \geq + 0,25, sphère $<$ - 6 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Cylindre $>$ + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	110 €	112,50 €	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Sphère $<$ - 4 ou $>$ + 4 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre \leq + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) \leq + 8 (complexe)	150 €	162,50 €	200 €
Cylindre $>$ + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Sphère $>$ 0 et (sphère + cylindre) $>$ + 8 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Cylindre \geq + 0,25, sphère $<$ - 8 (très complexe)	200 €	212,50 €	250 €
Autres postes			
Cures thermales acceptées SS			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %	100 % + 10 % PMSS	100 % + 10 % PMSS
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances/an (limite 40€/séance)	4 séances/an (limite 50 €/séance)	6 séances/an (limite 50 €/séance)
Psychologue			
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	4 séances/an (limite 30€/séance)	5 séances/an (limite 50 €/séance)	6 séances/an (limite 50 €/séance)
Actes refusés SS			
Vaccins			
Consultation diététique			150 €/an
Bilan parodontal	80€/an	80 €/an	
Ostéodensitométrie osseuse			150 €/an
Sevrage tabagique			
Contraception, tests de grossesse	80€/an	80 €/an	150 €/an
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	183 €/acte	300 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %

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

(2) Tels que définis réglementairement.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Pour la branche professionnelle et le panier de l'accord interministériel, le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

ANNEXE 3
PANIER DE SOINS ÉTRANGER

	Nouvelle PSC	
	PANIER DE SOINS ÉTRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire)
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MEDICAUX		
Consultations et visites généralistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Consultations/Visites de médecins spécialistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes techniques médicaux		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes d'imagerie médicale		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux		
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR 1 ^{re} séance 40 €	90 % FR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	1 ^{re} séance 40 € 30 €/séance	1 ^{re} séance 40 € - 30 €/séance (dans la limite de 8 séances, sans notion de prise en charge par la SS)
Analyse et examens de laboratoire		
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR	90 % FR
Affection 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, tests de grossesse)	70 €/an	100 €/an
Frais de transport		
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	90 % FR
Matériel médical		

	Nouvelle PSC	
	PANIER DE SOINS ÉTRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire)
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	150% BRR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Soins dentaires	100 % BR	90 % FR
Prothèses (hors 100% Santé)		
Panier Maitrisé		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 % BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	375 % BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	375 % BR	320 % BRR
Inlay Core	375 % BR	320 % BRR
Inlays onlays d'obturation	150 % BR	140 % BRR
Panier aux tarifs libres		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 % BR Dent non visible : 250 % BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	300 % BR	320 % BRR
Inlay Core	200 % BR	140 % BRR
Inlays onlays d'obturation	200 % BR	140 % BRR
Implantologie		
Implants (limite 2 implants/an)	500 €/implant	500 €/implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne	200 €/couronne
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS		
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS	-	225 % BRR
Orthodontie		
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 % BR	255 % BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre	225 % BRR
OPTIQUE		
OPTIQUE		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre Monture		
Verres	50 € Cf. grille optique	100 € Cf. grille optique
Autres prestations optique		

	Nouvelle PSC	
	PANIER DE SOINS ÉTRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire)
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an	130 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €/an	400 €/an
Grille optique		
Type de verre (remboursement par verre)		
Verre unifocal, sphérique		
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe)	110 €	300
Verre unifocal, sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre complexe)	110 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique		
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe)	150 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-

	Nouvelle PSC	
	PANIER DE SOINS ÉTRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300 000 €/an/bénéficiaire)
Equipements à tarif libre (<= 20 ans)	1 400 €	1 200 €
Equipements à tarif libre (> 20 ans)	800 €	1 200 €
HOSPITALISATION		
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	100 % BR	90 % FR
Honoraires médecin		
Conventionnés adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Conventionnés non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-
Forfait hospitalier		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100% FR	-
Forfait patient urgence (FPU)		
Forfait patient urgence (FPU)	100% FR	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)		
Court séjour et maternité	50 €/nuit	68 €/nuit
Soins de suite	40 €/nuit	68 €/nuit
Psychiatrie	45 €/nuit	68 €/nuit
Ambulatoire	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Etablissement non conventionné	25 €/nuit	38,50 €/nuit
AUTRES POSTES		
Médecines additionnelles et de prévention		
Médecine douce		
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/an)	30 €/séance	30 €/séance
Actes refusées par la sécurité Sociale		
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse	80 €/an	80 €/an
Prévention		
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100% BRR
Services spécifiques		
Rapatriement sanitaire	Oui	Oui