



**PROJET D'ACCORD CONCERNANT
LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE
AU MENJ, AU MESR ET AU MSJOP**

Le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse,

La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche,

La Première ministre, se substituant à la ministre des sports et des jeux olympiques et paralympiques¹,

ci-après dénommés « les ministres » d'une part,

Les organisations syndicales représentatives suivantes, d'autre part,

Au comité social d'administration de l'Éducation nationale :

- [La Fédération syndicale unitaire,]
- [L'UNSA Éducation,]
- [La FNEC-FP FO]
- [Le SGEN-CFDT,]
- [La FERC-CGT,]
- [Le SNALC,]
- [SUD-Education]

Au comité social d'administration de l'Enseignement supérieur et de la recherche :

- [L'UNSA Éducation,]
- [La FERC-CGT,]
- [La Fédération syndicale unitaire,]
- [Le SGEN-CFDT,]
- [La FO-ESR EPST]
- [SUD-Education et SUD-Recherche]

Au comité social d'administration de la Jeunesse et des Sports :

- [L'UNSA Éducation,]
- [Le SGEN-CFDT,]
- [Solidaires Jeunesse et sports,]
- [La Fédération syndicale unitaire,]
- [Le SNP]S-CGT,]

Concluent le présent accord relatif à la protection sociale complémentaire pour la santé et la prévoyance au bénéfice des personnels des trois périmètres ministériels.

TABLE DES MATIERES

¹ En application du décret n° 2022-1123 du 4 août 2022 pris en application de l'article 2-1 du décret n° 59-178 du 22 janvier 1959 relatif aux attributions des ministres.
13 décembre 2023

TITRE I – NOUVEAU CADRE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE POUR LA SANTE ET LA PREVOYANCE

Article 1^{er} – Définitions

Article 2 – Principes généraux du nouveau régime collectif obligatoire en santé

Article 3 – Périmètre de l'accord

Article 4 – Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en santé

Article 5 – Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en prévoyance

Article 6 – Dispenses d'adhésion au régime collectif pour la santé

Article 7 – Portabilité des droits

Article 8 – Situations particulières

TITRE II – GARANTIES ET PRESTATIONS

Chapitre 1^{er} – Garanties et prestations en santé

Article 9 – Garanties socles en santé

Article 10 – Garanties optionnelles facultatives en santé

Article 11 – Actions de prévention en santé

Article 12 – Prestations d'accompagnement social

Article 13 – Non-concurrence

Chapitre 2 – Garanties et prestations en prévoyance

Article 14 – Garanties interministérielles en prévoyance

Article 15 – Garanties additionnelles en prévoyance

Article 16 – Assiette de calcul des garanties

Chapitre 3 – Dispositions communes

Article 17 – Services

TITRE III – COTISATIONS

Chapitre 1^{er} – Cotisations au régime de protection en santé

Article 18 – Cotisations des actifs

Article 19 – Cotisations des ayants droit

Article 20 – Cotisations des retraités

Article 21 – Cotisation additionnelle au fonds d'aide des retraités

Article 22 – Cotisation additionnelle au fonds d'accompagnement social

Chapitre 2 – Cotisations au régime de prévoyance

Article 23 – Assiette de calcul des cotisations

Article 24 – Financement du régime collectif de prévoyance

TITRE IV – PILOTAGE ET GESTION DES REGIMES COLLECTIFS

Article 25 – Composition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Article 26 – Fonctionnement de la CPPS

Article 27 – Comptes-rendus de gestion de la protection sociale complémentaire en santé

Article 28 – Comptes-rendus de gestion de la protection sociale complémentaire en prévoyance

Article 29 – Marchés publics

Article 30 – Nature des critères de sélection des candidats au marché public

Article 31 – Information et adhésion des actifs, des ayants droit et des retraités

Article 32 – Résiliation à l’initiative de l’opérateur ou de l’autorité adjudicatrice

Article 33 - Traitement des réserves

TITRE V – DISPOSITIONS FINALES

Article 34 – Bilan annuel et suivi de l’accord

Article 35 – Entrée en vigueur et révision

Article 36 – Prolongation et renouvellement

Article 37 - Publication

Annexe n°1 : Liste des établissements et autorités rattachés au MENJ, au MESR et au MSJOP

Annexe n°2 : Garanties en santé

PREAMBULE

Le Gouvernement et l’ensemble des fédérations de fonctionnaires ont conclu l’accord du 26 janvier 2022 et l’accord du 20 octobre 2023 dans le but de favoriser et d’améliorer la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Le premier accord, relatif à la protection de la santé, crée un régime de protection complémentaire de la santé qui succédera d’une part, au dispositif temporaire de remboursement forfaitaire d’une partie des cotisations et, d’autre part, au dispositif de participation au financement des organismes référencés. Il prévoit :

- la participation des employeurs publics pour la moitié de la cotisation d’équilibre du régime de protection complémentaire de la santé;
- un panier de soins de qualité ;
- des mécanismes de solidarité en fonction de la rémunération, de la situation de famille et de la génération des bénéficiaires.

Cet accord étant majoritaire, il s’applique directement à l’ensemble des personnels employés et rémunérés par l’Etat et par ses établissements publics. Il concerne les personnels de droit public et de droit privé, ainsi que les maîtres contractuels et délégués et les documentalistes des établissements d’enseignement privés sous contrat d’association). Cette adhésion de l’ensemble des personnels crée les conditions d’un degré significatif de mutualisation des risques.

Le second accord, relatif à la prévoyance, prévoit une amélioration des garanties statutaires et définit des garanties interministérielles, mises en œuvre dans le cadre de la protection sociale complémentaire. Une participation de l’employeur est prévue en vue de financer une part de la cotisation des actifs à des garanties complémentaires dans le cadre d’un régime collectif à adhésion facultative.

Les ministres et les organisations syndicales représentatives dans les trois périmètres ministériels ont souhaité négocier les conditions d’application, dans le but d’améliorer autant que possible la protection sociale des personnels et d’étendre le champ de la solidarité. Ils conviennent de constituer un régime de protection sociale complémentaire incluant la santé et la prévoyance pour l’ensemble des personnels des trois ministères, dont certaines garanties seront ouvertes à l’adhésion des retraités et des ayants droit.

Comme suite à l’accord de méthode signé le 9 mai 2023, le présent accord est conclu en application des articles L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique, du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l’État et de l’arrêté du 30 mai 2022. Il vise à préciser en particulier les garanties et prestations, les cotisations et les modalités de pilotage et de gestion des régimes.

TITRE I^{er} – NOUVEAU CADRE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE ET EN PREVOYANCE

Article 1^{er} – Définitions

Les risques de santé couverts par le présent accord correspondent aux risques d’atteinte à l’intégrité physique ou psychique, ainsi qu’à la maternité. Ainsi, les garanties de santé couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident non imputable au service et restant à la charge de l’agent après le remboursement de la part versée par son régime de base de sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des frais non remboursés par ce régime.

Les risques de prévoyance couverts par le présent accord correspondent aux risques d’incapacité de travail,

d'invalidité, de décès et de perte d'autonomie.

L'opérateur d'un régime est la mutuelle, l'institution de prévoyance ou l'entreprise d'assurance qui conclut, au terme d'une procédure de commande publique, un marché public à procédure adaptée avec les ministères pour prendre en charge l'assurance et la gestion de la protection sociale complémentaire en santé et en prévoyance, dans le respect des compétences de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS).

Article 2 – Principes généraux du nouveau régime collectif obligatoire en santé

Le régime a vocation à garantir à l'ensemble des agents des trois ministères et au plus grand nombre de retraités et d'ayants droit volontaires une assurance complémentaire de santé d'un niveau élevé et pour une cotisation maîtrisée.

Il met en œuvre des mécanismes de solidarité en fonction de la rémunération, de la situation de famille et de la génération des bénéficiaires.

L'adhésion au régime collectif de santé est obligatoire, toutefois, sous certaines conditions définies à l'article 3 du décret 2022-633 du 22 avril 2022, et sur présentation des justificatifs, une dispense d'adhésion peut être acceptée par l'employeur. Elle est éventuellement révoquée à tout moment sur simple demande de l'agent.

Le socle de garanties est fixé par l'accord du 26 janvier 2022 et l'arrêté interministériel du 30 mai 2022. Ces garanties sont identiques pour les différentes catégories de bénéficiaires quels que soient leur âge, leur état de santé ou la date à laquelle ils adhèrent au contrat.

Les représentants des personnels et des employeurs sont associés à son pilotage au sein de la CPPS.

L'employeur prend en charge la moitié de la cotisation d'équilibre des bénéficiaires actifs, définie chaque année en associant la CPPS et en application de l'article 14 du décret du 22 avril 2022 susmentionné. L'Etat compense le coût de cette participation pour les établissements publics, les autorités administratives indépendantes et les autorités publiques indépendantes dans le cadre de la subvention pour charges de service public. Le solde se répartit entre part individuelle forfaitaire et part individuelle solidaire.

Article 3 – Périmètre de l'accord

L'accord s'applique dans les services, les établissements publics, les autorités administratives indépendantes et les autorités publiques indépendantes, rattachés au ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse, au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et au ministère des sports et des jeux olympiques et paralympiques. La liste des établissements et autorités rattachés est fixée en annexe n°1.

Article 4 – Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en santé

En vertu du I de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 susmentionné, les bénéficiaires actifs de la protection sociale complémentaire en santé sont les fonctionnaires titulaires et stagiaires, les agents contractuels de droit public des ministères, de leurs établissements et de leurs autorités, les maîtres contractuels et délégués et les documentalistes des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association, les personnels ouvriers du réseau des œuvres universitaires et scolaires, les agents contractuels de droit privé lorsqu'ils ne sont pas couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire, en situation d'activité, rémunérés et employés par les personnes morales citées à l'article 3 du présent accord.

Les situations dans lesquelles les agents, quoiqu'en position interruptive de leur activité, continuent de relever de la qualité de bénéficiaire actif, sont prévues par le II de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 susmentionné.

Les bénéficiaires retraités sont définis par l'article 4 du 22 avril 2022 susmentionné et ont procédé à la liquidation définitive de leur pension de retraite.

Les bénéficiaires ayants droit sont définis par l'article 5 du décret du 22 avril 2022 susmentionné.

Article 5 – Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en prévoyance

Les bénéficiaires du régime collectif de prévoyance sont les agents titulaires, stagiaires et contractuels des ministères, de leurs établissements et de leurs autorités, les maîtres contractuels et délégués et les documentalistes des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association et les personnels ouvriers du réseau des œuvres universitaires et scolaires, en situation d'activité, rémunérés et employés par les personnes morales citées à l'article 3 du présent accord.

La couverture complémentaire proposée par l'employeur public étant facultative, l'agent qui a accès à une autre

couverture mieux-disante est libre de la conserver.

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

Article 6 – Dispenses d'adhésion au régime collectif pour la santé

L'obligation d'adhérer au contrat collectif souscrit par l'employeur ne s'applique pas à l'agent qui justifie de l'une des situations prévues par l'article 3 du décret du 22 avril 2022 et qui en formule la demande. Pour justifier des cas de dispense prévus par le 4° de cet article, il atteste qu'il bénéficie en qualité d'ayant droit de la couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire pour son conjoint.

Les ministères s'engagent à informer les agents, directement et par l'intermédiaire de l'opérateur, de leurs droits à dispense. La dispense résulte d'une démarche individuelle et renouvelée chaque année. Ils peuvent à tout moment renoncer au bénéfice de leur dispense et demander leur affiliation au régime obligatoire.

Article 7 – Portabilité des droits

A compter de la date de cessation de leur relation de travail avec un des employeurs mentionnés à l'article 3 et pendant la durée déterminée par l'article 26 du décret du 22 avril 2022, dans la limite d'un an, les agents bénéficiaires actifs qui deviennent anciens agents non retraités et leurs ayants droit conservent leur adhésion au contrat collectif souscrit par cet employeur pour les bénéficiaires actifs.

A cette fin, ils font parvenir à l'opérateur, dans les meilleurs délais, les pièces justifiant de leur inscription comme demandeur d'emploi et, le cas échéant, de leur indemnisation à ce titre par leur régime d'assurance chômage.

Article 8 – Situations particulières

Les agents affectés dans les départements et régions d'outre-mer (à l'exception de Mayotte) et en Polynésie française bénéficient du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord.

Les agents affectés à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés en Nouvelle-Calédonie depuis moins de six mois bénéficient du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord. Lorsque leur affectation égale ou excède six mois, ils adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés à Wallis et Futuna bénéficient d'une gratuité des soins.

S'agissant des agents exerçant à l'étranger, les agents détachés au ministère chargé des affaires étrangères pour exercer au sein du réseau de coopération et d'action culturelle et les agents détachés au sein du réseau d'enseignement français à l'étranger bénéficient des régimes de protection sociale complémentaire qui s'appliquent aux agents du ministère chargé des affaires étrangères et dont les garanties en santé sont rappelées en annexe 3 du présent accord.

Les agents exerçant à l'étranger mais employés et rémunérés par un service, un établissement public ou une autorité visée par l'article 3 bénéficient des régimes définis par le présent accord, dans les conditions prévues par l'article 9.

Les agents recrutés sur contrats locaux ne bénéficient pas des régimes définis par le présent accord, sauf s'ils adhèrent volontairement au régime général de sécurité sociale.

TITRE II – GARANTIES ET PRESTATIONS

Chapitre 1^{er} – Garanties et prestations en santé

Article 9 – Garanties socles en santé

Le panier de soins socle du contrat collectif obligatoire est celui défini par l'accord du 26 janvier 2022 et par l'annexe de l'arrêté du 30 mai 2022. Il est rappelé en annexe n° 2 du présent accord.

Pour les agents exerçant à l'étranger bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par le présent accord, les garanties sont celles prévues en annexe n° 3 du présent accord, identiques au régime applicable aux agents du ministère chargé des affaires étrangères.

Article 10 - Garanties optionnelles facultatives en santé

L'employeur public participe au financement de la cotisation des agents actifs au titre de deux options, à hauteur de 50% de leur coût total et dans la limite de cinq euros. L'Etat compense le coût de cette participation pour les établissements publics, les autorités administratives indépendantes et les autorités publiques indépendantes dans le cadre de la subvention pour charges de service public.

Ces options viennent améliorer le panier de soins interministériel, tout en respectant le cahier des charges des contrats responsables définis par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Les garanties relatives à ces options sont décrites en annexe n° 2 du présent accord.

En outre, pour les ayants droit et les retraités, une option additionnelle proposera une garantie, à la charge exclusive des adhérents :

- Frais d'obsèques ;
- Perte d'autonomie.

Article 11 – Actions de prévention en santé

Conformément à l'article 12 du décret du 22 avril 2022, l'opérateur met en œuvre à destination des bénéficiaires des actions de prévention en santé, et en particulier :

- réalisation de campagnes de prévention en santé ;
- mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- diffusion de contenus d'information sur la santé.

La CPPS participe à la définition et au pilotage de ces actions.

Ces actions de prévention en santé sont entièrement à la charge de l'organisme. Elles ne font l'objet d'aucune participation financière, ni de la part de l'employeur public, ni de celle des bénéficiaires.

Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces actions.

Article 12 - Prestations d'accompagnement social

Le marché public prévoira que l'opérateur propose des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif.

Conformément à l'article 27 du décret du 22 avril 2022, ces prestations sont attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Les bénéficiaires exposés à des frais médicaux coûteux, les personnes en situation de handicap ou de dépendance feront l'objet d'une attention particulière.

La CPPS participe à la définition et au pilotage de ces prestations.

Les modalités de financement de ces prestations sont définies à l'article 22 du présent accord.

Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces prestations.

Article 13 – Non-concurrence

Le marché public prévoira que l'opérateur ne propose aux bénéficiaires actifs aucun contrat ou aucune option surcomplémentaire ou concurrent aux options du régime.

Chapitre 2 – Garanties et prestations en prévoyance

Article 14 – Garanties interministérielles en prévoyance

Les garanties complémentaires en prévoyance sont celles définies par l'accord du 20 octobre 2023. Elles sont mises en œuvre par le régime collectif à adhésion facultative.

Article 15 – Garanties additionnelles en prévoyance

Les garanties additionnelles sont mises en œuvre par le régime collectif à adhésion facultative.

Le régime proposera les garanties additionnelles suivantes :

- option A :

1- en complément des garanties statutaires et complémentaires, le maintien de 80 % de la rémunération globale des personnels titulaires et contractuels, pendant la durée du congé de maladie ordinaire rémunéré à mi-traitement ;

2- le maintien de 80% de la rémunération globale, en congé de longue durée les quatrième et cinquième années ;

3- sous réserve des dispositions réglementaires d'application de l'accord du 20 octobre 2023, le maintien de 80% de la rémunération pour les personnels en disponibilité pour raison de santé (DPRS) dont l'invalidité aura été reconnue pendant la période transitoire courant entre l'entrée en vigueur du régime et la réforme statutaire de l'invalidité ;

- option B :

- Frais d'obsèques

- Perte d'autonomie

Les bénéficiaires pourront adhérer à chacune de ces options.

Article 16 – Assiette de calcul des garanties

Pour l'ensemble des garanties complémentaires et additionnelles, la rémunération de référence servant d'assiette au calcul des prestations est celle définie pour l'incapacité et l'invalidité, par l'article 2.2 et pour le décès, par l'article 7 de l'accord du 20 octobre 2023.

Chapitre 3 – Dispositions communes

Article 17 - Services

Les marchés publics prévoiront que l'opérateur propose des services aux bénéficiaires des régimes, notamment une implantation dans chaque département, un réseau de soins, une assistance et un service de téléconsultation.

L'assistance comportera notamment une aide à domicile, une aide aux devoirs (en cas d'incapacité pour raison de santé), une assistance lors de voyages ou déplacements, une aide juridique, un accompagnement dans les démarches administratives et un soutien psychologique.

TITRE III – COTISATIONS

Chapitre 1^{er} – Cotisations au régime de protection en santé

Article 18 - Cotisations des actifs

Exprimées en euros, les cotisations des bénéficiaires actifs pour la protection complémentaire de la santé ne dépendent ni de leur âge, ni de leur état de santé. Elles sont constituées de trois parts :

- une part employeur forfaitaire s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre et financée par l'employeur ;
- une part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre. La part solidaire individuelle est calculée en appliquant un coefficient défini chaque année par l'employeur après avis de la CPPS et exprimé en pourcentage de la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le coefficient est identique et appliqué aux cotisations de l'ensemble des bénéficiaires actifs.

La cotisation des bénéficiaires actifs cités par le II de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 est égale à 50 % de la cotisation d'équilibre.

Article 19 – Cotisations des ayants droit

Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs pour adhérer au socle de garanties sont plafonnées à 110 % de la cotisation d'équilibre. Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la cotisation d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs.

Les cotisations des enfants et petits-enfants de moins de 21 ans à charge des actifs, des ayants droit et des retraités pour adhérer au socle de garanties sont égales à la moitié de la cotisation d'équilibre par enfant et plafonnées au niveau du montant de la cotisation correspondant à deux enfants. Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la moitié de la cotisation totale d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs pour le premier enfant, au quart pour le deuxième enfant et gratuites à partir du troisième enfant.

Les cotisations des autres enfants bénéficiaires du régime en application de l'article 5 du décret du 22 avril 2022 susmentionné pour adhérer au socle de garanties sont plafonnées à 100 % du montant de la cotisation d'équilibre. Leurs cotisations d'adhésion aux options sont égales à la cotisation totale d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs.

La cotisation d'adhésion aux options des enfants et petits-enfants à charge des actifs, des ayants droit et des retraités est ajustée chaque année par rapport à la cotisation d'équilibre, en fonction du bilan constaté relatif à ces options.

Article 20 - Cotisations des retraités

Le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités évolue en fonction de l'âge par tranches annuelles à compter de 25 ans, s'agissant des retraites pour invalidité, et jusqu'à 70 ans.

Il ne dépasse :

- ni le financement du recours effectif moyen de ces bénéficiaires aux garanties couvertes (la cotisation d'équilibre) ;
- ni les plafonds définis par les articles 7.1.2. et 7.1.3. de l'accord du 26 janvier 2022.

Après avis de la CPPS, le montant de la cotisation est fixé annuellement par tranche d'âge annuelle en fonction des comptes de résultat des bénéficiaires retraités, dans la limite de ces plafonds.

Article 21 - Cotisation additionnelle au fonds d'aide aux retraités

La cotisation additionnelle au fonds d'aide aux retraités est fixée à 3% pour les bénéficiaires actifs et 2% pour les bénéficiaires retraités et ayants droit.

Article 22 - Cotisation additionnelle au fonds d'accompagnement social

La cotisation additionnelle au fonds d'accompagnement social s'élève à 2%.

Chapitre 2 – Cotisations au régime de prévoyance

Article 23 – Assiette de calcul des cotisations

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

Article 24 - Financement du régime collectif de prévoyance

L'employeur participe à hauteur de sept euros au financement de la cotisation des bénéficiaires actifs pour le socle interministériel de garanties du régime complémentaire de prévoyance sélectionné par le marché public. L'Etat compense le coût de cette participation pour les établissements publics, les autorités administratives indépendantes et les autorités publiques indépendantes dans le cadre de la subvention pour charges de service public.

L'employeur ne participe pas au financement de la cotisation pour les garanties additionnelles.

TITRE IV – PILOTAGE ET GESTION DES REGIMES COLLECTIFS

Article 25 - Composition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)

Chaque organisation syndicale représentée au sein de l'un des trois comités sociaux d'administration ministériels siège à la CPPS et désigne, pour chaque CSA où elle est représentée, un titulaire et deux suppléants. A chaque séance, les organisations syndicales sont représentées par une personne pour chaque siège avec voix délibérative et une personne pour chaque siège ne pouvant pas voter. Le nombre de voix de chaque organisation est déterminé au *pro rata* des suffrages exprimés aux dernières élections professionnelles pour la totalité des trois CSA.

L'administration est représentée par au plus dix-huit personnes. Les représentants de l'administration détiennent conjointement autant de droits de vote que l'ensemble des représentants du personnel.

Deux observateurs représentant les maîtres et documentalistes de l'enseignement privé assistent à la CPPS sans participer au débat, désignés conjointement par les organisations syndicales siégeant au comité consultatif des maîtres de l'enseignement privé.

Article 26 - Moyens de fonctionnement de la CPPS

La CPPS dispose d'un secrétariat administratif et d'un actuaire fournis par l'administration.

Elle adopte son règlement intérieur.

Ses membres bénéficient d'une formation chaque année sur les éventuelles évolutions réglementaires et d'une formation complète d'au moins deux jours lors de l'installation et du renouvellement de la CPPS à l'issue des élections professionnelles.

Article 27 – Comptes-rendus de gestion de la protection complémentaire en santé

Le contrat prévoira que l'opérateur s'engage à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique, qu'il prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

L'opérateur s'engagera également à présenter le ratio sinistre sur primes de la couverture socle pour chaque niveau de couverture optionnelle et pour chaque catégorie de bénéficiaires.

L'opérateur présentera le coût de chacun des mécanismes de solidarité, les prévisions d'évolutions du coût des garanties et d'impact des évolutions du cadre juridique et réglementaire, afin de justifier ses recommandations d'évolution des cotisations pour chacune des populations de bénéficiaires.

Dans le cas où un groupement d'opérateurs est retenu, un apériteur est désigné et les opérateurs s'engagent à transmettre les données à l'actuaire conseil des régimes, aux dates et selon le format harmonisé prévus par le protocole technique et financier.

A l'occasion de la présentation des comptes et du budget prévisionnel, l'opérateur présente le coût de la portabilité, ainsi que la durée moyenne de portabilité et les effectifs des portés, et ce pour chaque catégorie de population éligible.

Article 28 – Comptes-rendus de gestion de la protection complémentaire en prévoyance

Le contrat prévoira que l'opérateur s'engage à fournir les tableaux de bord de suivi et pilotage technique, qu'il prendra en charge le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

L'opérateur s'engagera également à présenter le ratio sinistre sur primes de la couverture complémentaire et des garanties additionnelles pour chaque catégorie de bénéficiaires.

L'opérateur présentera les prévisions d'évolutions du coût des garanties et d'impact des évolutions du cadre juridique et réglementaire, afin de justifier ses recommandations d'évolution des cotisations pour chacune des populations de bénéficiaires.

Dans le cas où un groupement d'opérateurs est retenu, un apériteur est désigné et les opérateurs s'engagent à transmettre les données à l'actuaire conseil des régimes, aux dates et selon le format harmonisé prévus par le protocole technique et financier.

Article 29 – Marchés publics

Les marchés publics seront conclus pour une durée de quatre ans, renouvelables dans la limite de six ans, l'un pour la santé et l'autre pour la prévoyance.

Ils fixeront une même date d'entrée en vigueur des protections complémentaires, en santé et en prévoyance, tant pour les garanties que pour les cotisations.

A l'expiration des marchés, les ministères lanceront un appel public à concurrence en vue de conclure un unique marché public pour la santé et pour la prévoyance, dans la perspective d'un couplage des régimes.

Afin de préserver le principe de mutualisation, ils prévoient, dans le respect des dispositions légales et réglementaires, des mécanismes de changement d'option et de re-souscription suite à résiliation, ayant pour objet de limiter l'opportunisme dans le choix des options.

Article 30 - Nature des critères de sélection des candidats au marché public

L'administration met en œuvre une procédure d'appel public à concurrence en application du code de la commande publique.

Les contrats collectifs en santé et en prévoyance seront sélectionnés par l'administration sur la base d'un cahier des charges mentionnant les critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation ou leur pondération.

Les critères suivants permettent de se prononcer sur la recevabilité de l'offre, démontrant les garanties professionnelles et financières présentées par le candidat : complétude du dossier, chiffre d'affaires, effectif sous gestion, effectifs dédiés à la santé.

Les critères suivants permettent de se prononcer sur son éligibilité au regard des garanties prudentielles présentées par le candidat : marge de solvabilité, cotation Banque de France, capacité à assurer l'interface en termes de systèmes d'information avec l'ensemble des services chargés des ressources humaines des trois ministères, de leurs établissements et autorités rattachés.

Les critères suivants permettent d'apprécier le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé, la maîtrise financière des contrats, ainsi que la qualité de gestion et de service et donc de comparer les offres et d'attribuer le marché public à la mieux-disante : diversité et qualité des prestations et services de soins, réseau de soins, diversité et qualité des prestations et services de prévention en santé, diversité et qualité des prestations d'accompagnement social, relations avec les assurés, engagements de gestion administrative, qualité de gestion et protection des données, cotisations, frais de l'organisme soumissionnaire, participation aux bénéfices (réserves et provision pour égalisation, taux de distribution des excédents, intérêts débiteurs), indexation des cotisations, comptes-rendus techniques, indicateurs de gestion.

La capacité de maîtriser les cotisations pour la durée du contrat, la diversité et la qualité des prestations de soins et la qualité des relations avec les bénéficiaires seront particulièrement prises en compte par la CPPS au sein des critères de sélection.

Article 31 - Information et adhésion des actifs, des ayants droit et des retraités

Dès la publication du présent accord, l'administration communiquera auprès des actifs et des retraités sur les régimes collectifs.

L'opérateur informera les adhérents actifs et retraités sur les garanties, cotisations et services.

La préparation des adhésions aux régimes sera organisée par vagues successives à compter de la notification du marché, afin de permettre l'entrée en vigueur des régimes à la même date pour tous les bénéficiaires.

L'opérateur fournira à chaque adhérent une notice d'information sur les garanties du contrat collectif, précisant notamment les modalités de remboursement des prestations et services. Ce document est remis au moment de

l'adhésion au contrat collectif, ainsi qu'à chaque modification du contrat.

Article 32 – Résiliation à l'initiative de l'opérateur ou de l'autorité adjudicatrice

L'opérateur ou l'autorité adjudicatrice peuvent résilier le marché public en cours d'exécution, en respectant un préavis d'un an.

Article 33 - Traitement des réserves

Une réserve générale sera mise en place conformément aux modalités négociées dans le cadre de la procédure de mise en concurrence pour le régime de protection sociale complémentaire en santé. Le protocole financier et technique associé à ce régime définira notamment les modalités de la participation aux bénéfices et la rémunération des réserves et des fonds. Il prévoira les modalités de transfert intégral de la réserve, du fonds d'aide aux retraités et du fonds d'accompagnement social en cas de résiliation du contrat ou à son échéance.

De même, pour le régime de protection sociale complémentaire en prévoyance, une provision d'égalisation et une réserve générale seront mises en place conformément aux modalités négociées dans le cadre de la procédure de mise en concurrence. Le protocole financier et technique associé à ce régime définira notamment les modalités de la participation aux bénéfices et la rémunération de la provision pour égalisation et la réserve générale. Il prévoira les modalités d'arrêté et de transfert intégral de celles-ci en cas de résiliation du contrat ou à son échéance.

TITRE V – DISPOSITIONS FINALES

Article 34 – Bilan annuel et suivi de l'accord

Un comité de suivi de l'accord, composé des représentants de l'administration et des organisations syndicales signataires, se réunit au moins deux fois par an :

- afin d'examiner le bilan du présent accord, sur la base des données figurant au rapport social unique ;
- afin de prendre en compte l'impact sur les garanties des évolutions législatives et réglementaires et de proposer, s'il y a lieu, des évolutions dans le pilotage des régimes ;
- afin de proposer, si les résultats des régimes le permettent, une amélioration des garanties respectant l'économie générale du marché.

Article 35 – Entrée en vigueur et révision

Le présent accord entre en vigueur le lendemain de sa publication. Il est conclu pour une durée indéterminée.

Dix-huit mois avant l'expiration des marchés publics, les ministères et les organisations syndicales représentatives au sein de leurs trois périmètres s'entendent pour ouvrir une négociation en vue de réviser le présent accord.

Article 36 – Suspension et dénonciation

Le présent accord pourra être suspendu ou dénoncé selon les dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date de suspension, révision ou de dénonciation et en respectant, pour ce qui concerne la suspension et la dénonciation, un préavis de six mois.

Article 37 - Publication

Le présent accord sera publié aux *Bulletins officiels* du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

-oOo-

Annexe n°1 : Liste des établissements et autorités rattachés au MENJ, au MESR et au MSJOP

MENJ

Réseau CANOPE
Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ)
Centre national d'enseignement à distance (CNED)
France éducation international (FEI)
Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP)

MESR

Etablissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel :

- Universités et instituts nationaux polytechniques ;
- Instituts et écoles extérieurs aux universités ;
- Grands établissements ;
- Ecoles françaises à l'étranger ;
- Ecoles normales supérieures ;
- Communautés d'universités et d'établissements ;
- Etablissements expérimentaux ;
- Communautés d'universités et d'établissements expérimentales.

Etablissements publics exerçant des missions d'enseignement supérieur sous tutelle du MESR :

- Ecoles nationales supérieures d'ingénieurs ;
- Ecoles nationales d'ingénieurs ;
- Instituts d'études politiques ;
- Autres établissements publics administratifs (article D. 741-12 du code de l'éducation)
- Autres établissements publics sous la tutelle principale du MESR

Centre national et centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires

Etablissements publics à caractère scientifique et technologique

Etablissements publics industriels et commerciaux et groupements d'intérêt public rattachés au MESR

Agence nationale de la recherche
Académie des technologies
Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)

MSJOP

Institut national du sport, de l'expertise et de la performance (INSEP)
Ecole nationale de voile et de sports nautiques (ENVSN)
Ecole nationale des sports de montagne (ENSM)
Musée national du sport
Centres de ressources, expertise et de performance sportive (CREPS)

Agence française de lutte contre le dopage (AFLD)

Annexe n°2 : Garanties en santé

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Catégorie Hospitalisation et Soins courants			
Hospitalisation			
<i>Honoraires</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	175% BR	175% BR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100% FR	-	-
Frais de séjour	100% BR	-	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	-	-
<i>Frais d'accompagnant</i>			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	-	-
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	-	-
Soins courants			
Honoraires médicaux			
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR
<i>Actes techniques médicaux</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	250% BR	250% BR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	150% BR	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-	-

Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100% BR	-	-
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	150 € / an	150 € / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	-	250% BR
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	-	-
Catégorie Dentaire			
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé			
Soins (hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100% BR	-	-
Prothèses (hors 100% Santé)			
Panier Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	-	400% BR
Prothèses amovibles	375% BR	-	400% BR
Prothèses provisoires	375% BR	-	400% BR
Inlay Core	375% BR	-	400% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	-	400% BR
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses provisoires	300% BR	-	350% BR
Inlay Core	200% BR	-	350% BR
Implantologie			
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)	-	-
Implants	500 € / implant (max. 2/an)	-	650 € / implant (max. 2/an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	-	300% BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	-	500 € / semestre
Catégorie Aides auditives			
Aides auditives			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	800 €	-	1.000 €
Catégorie Optique			
Optique			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	-	-

Verres	Cf. grille optique	-	-
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	-	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	-	-
Grille optique			
<i>Verre unifocal, sphérique</i>			
Sphère de - 6 à + 6	60 €	-	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	-	130 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	-	130 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	-	130 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	-	130 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	-	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €		240 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	-	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	-	190 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	-	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	-	240 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	-	240 €
Catégorie Autres postes			
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	-	-
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	-	-

Contraception, tests de grossesse	80 € / an	-	-
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	-	-
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	-	-

Annexe n° 3 – Garanties en santé pour les bénéficiaires du régime exerçant à l'étranger

Les garanties sont plafonnées à 300.000 € par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale) et à 200.000 € pour les autres soins, actes, services et produits.

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Catégorie Hospitalisation et Soins courants	
Hospitalisation	
<i>Honoraires</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>	
Forfait journalier hospitalier	90 % FR
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	-
Frais de séjour	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>	
Court séjour et maternité	68 € / nuit
Soins de suite	68 € / nuit
Psychiatrie	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
<i>Frais d'accompagnant</i>	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	38,50 € / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
<i>Actes techniques médicaux</i>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR

Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90% FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90% FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	-
Analyses et examens de laboratoire en affection de longue durée	100% FR
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	90% FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	100 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	150 % BRR
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	90% FR
Catégorie Dentaire	
Dentaire	
Soins et prothèses 100% Santé	-
Soins (hors 100% Santé)	90% FR
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	-
Prothèses (hors 100% Santé)	
Panier Maitrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	320% BRR
Prothèses amovibles	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	320% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	320% BRR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent non visible	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	140% BRR
Implantologie	
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)
Implants	500 € / implant (max. 2/an)
Prothèses dentaires non prises en charge	225% BRR
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	255% BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	225% BRR
Catégorie Aides auditives	
Aides auditives	

Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	1.200 €
Catégorie Optique	
Optique	
Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verres	-
<i>Autres prestations optique</i>	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	130 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an
Grille optique	
<i>Verre unifocal, sphérique</i>	
Sphère de - 6 à + 6	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 €
<i>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</i>	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	300 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphérique</i>	
Sphère de - 4 à + 4	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	350 €
<i>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</i>	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	350 €
Catégorie Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BRR
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 30 € / séance)
Psychologue	8 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRR
Services spécifiques	

Rapatriement sanitaire	100% FR
------------------------	---------