



Accord sur la Protection Sociale Complémentaire (PSC) au ministère de la Culture signé le 19 avril 2024 : quelles conséquences pour les personnels ?

Il est prévu qu'à partir de juin 2025, les personnels du ministère de la Culture devront adhérer à une « mutuelle » obligatoire et auront la possibilité (facultative) de souscrire à des garanties en prévoyance.

Pour rappel :

La protection sociale complémentaire (PSC) se décline en 2 champs. La couverture en santé, plus communément appelée « mutuelle » qui vient compléter les remboursements des frais de santé de la Sécurité Sociale et la couverture en prévoyance qui vient assurer les personnels face aux aléas de la vie (décès, invalidité, maladie).

A l'instar de ce qu'il a imposé dans le privé en 2016, le gouvernement a décidé la mise en place d'une mutuelle obligatoire avec un financement à hauteur de 50 % par l'employeur pour tous les agents de la Fonction Publique d'Etat. Pour la prévoyance, il a décidé le renforcement de certaines garanties statutaires et la possibilité de compléter ces garanties par des contrats facultatifs avec une petite participation de l'employeur. Ces choix politiques ont donné lieu à la signature de 2 accords interministériels, le 22 janvier 2022 pour la santé et le 20 octobre 2023 pour la prévoyance. C'est dans ce cadre que depuis le mois de mai 2023 s'est ouverte une négociation au niveau ministériel (accord de méthode signé le 21 avril 2023) sur la déclinaison en premier lieu de l'accord santé, puis en y intégrant à l'automne 2023 la partie prévoyance.

Les dispositions de l'accord ministériel, signé ce 19 avril 2024, concernent tous les personnels du ministère fonctionnaires et contractuels, sauf les agents de l'Inrap qui bénéficient déjà d'une protection sociale complémentaire obligatoire avec participation de l'employeur et les personnels des EPIC ou des structures de droit privé (RMN-GP, CAPA, Chambord,...) qui sont concernés par d'autres dispositifs.

Sur le fond, la CGT revendique une prise en charge complète des soins et des accidents de la vie par la Sécurité Sociale, mais tant que ce n'est pas le cas la protection sociale complémentaire reste indispensable. C'est pourquoi, que ce soit au niveau interministériel ou au niveau ministériel, la CGT a participé activement aux négociations et y a porté ses revendications. Si tout n'est pas satisfaisant, les accords obtenus permettent des avancées substantielles. **Vous trouverez ci-dessous un question/réponse qui vous aidera à mieux comprendre ce qui va se passer.**

SUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE

La nouvelle complémentaire santé sera-t-elle obligatoire pour tout le monde ?

Si vous êtes en activité, oui. Toutefois, quelques cas de dérogation sont prévus :

- si vous êtes éligible à la complémentaire santé solidaire, parce que vos revenus sont faibles ;
- si vous êtes en CDD et que vous avez déjà une mutuelle ;
- si vous êtes ayant droit d'une personne bénéficiant déjà d'une complémentaire santé obligatoire, soit dans le privé, soit dans la fonction publique.

Les agents dispensés d'adhésion pourront à tout moment revenir sur leur décision et adhérer au contrat collectif. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne leur sera appliquée.

Ce dispositif concerne-t-il les retraités ?

Oui, les agents qui partiront à la retraite une fois le dispositif lancé pourront le conserver mais sans la participation de l'employeur. Pour ceux qui sont déjà en retraite, ils auront un an à partir de sa mise en place (juin 2025) pour y adhérer.

Même sans un financement de l'employeur, cette couverture santé, sera intéressante pour les retraités, pour plusieurs raisons :

- les cotisations sont plafonnées plus fortement que dans la loi Evin ;
- les actifs financeront la solidarité avec les retraités pour limiter le niveau des cotisations.

Quel intérêt vais-je trouver à ce nouveau dispositif de complémentaire santé obligatoire ?

Il faut dire les choses simplement, le grand intérêt réside dans le fait que l'employeur cotise à hauteur de 50% et c'est pour cela que le régime est obligatoire. Aujourd'hui, l'employeur participe à hauteur de 15€ par mois. Dans ce nouveau dispositif, il contribuera à hauteur de 35 à 40€ par mois. A cela s'ajoutera une contribution de 5 € si l'agent choisit une des 3 options proposées (non obligatoires). De plus, l'acquisition des garanties dans un contrat obligatoire est financièrement plus intéressante que dans un contrat facultatif, notamment parce que les « risques » sont plus fortement mutualisés et la gestion en est plus simple, donc moins coûteuse. L'équilibre du régime se fera sur l'ensemble des agents du ministère. Autre avantage dans le cadre d'un contrat obligatoire, les cotisations des agents en santé mais aussi en prévoyance sont déductibles des revenus imposables dans la limite de plafonds. La contribution de l'employeur est considérée comme du revenu et donc rentre dans le revenu fiscal.

Mais j'ai déjà une complémentaire santé !

Comme le régime sera obligatoire, mieux vaut éviter de payer deux fois. Il faudra donc résilier, sans frais, la complémentaire actuelle et sur ce point les informations fournies par l'administration devront être claires.

Qui va choisir l'organisme auquel je devrais souscrire ma complémentaire santé et mes garanties en prévoyance ?

Le ministère va lancer un appel d'offre public et donc va sélectionner le prestataire. Les organisations syndicales sont associées dans la définition des critères et leurs cotations et donneront un avis sur le résultat de l'appel d'offre, mais c'est bien le ministère qui *in fine*, choisira le prestataire. Trois types d'organismes peuvent répondre, individuellement ou par groupement :

- Les mutuelles (organismes à but non-lucratif) ;
- Les institutions de prévoyance (organismes à but non-lucratif) ;
- Les assurances privées (organismes lucratif).

Je suis satisfait de ma mutuelle actuelle et je pense qu'elle est meilleure que celle que je vais être obligé de prendre.

Généralement, cette appréciation ne s'appuie pas sur une comparaison précise de l'ensemble des garanties. Le socle obligatoire que l'agent devra souscrire est un socle de bon niveau (cf. annexe ci-dessous), nettement supérieur à la moyenne de ce qui est proposé dans le privé. A titre de comparaison, le niveau du socle correspond à peu près au niveau de couverture du contrat moyen de la MGEN qui propose 3 niveaux de garanties. Toutefois, les agents qui souhaitent avoir une

couverture plus importante, pourront souscrire une des 3 options proposées (cf. annexe ci-dessous) et en changer une fois par an.

En ce qui concerne la qualité de service, l'appel d'offre que va lancer le ministère comporte des critères qui doivent permettre d'assurer un bon niveau de prestations. La commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), composée de représentants des organisations syndicales ministérielles et de représentants de l'administration, veillera au bon respect des obligations fixées dans les accords et dans le cahier des charges de l'appel d'offre.

Vais-je pouvoir couvrir mon ou ma conjointe et mes enfants ?

La couverture des ayants-droits est possible mais pas obligatoire. Elle n'ouvre pas droit à une participation de l'employeur. Le niveau de couverture sera *a minima* celui du socle et l'agent pourra choisir ou non pour ses ayants-droits le niveau d'option qu'il souhaite. Celui-ci pourra être différent du sien. A noter, qu'à partir du 3^e enfant, il n'y a pas de supplément de cotisation demandé.

Mon état de santé sera-t-il pris en compte pour mon adhésion à ce nouveau dispositif ?

Non, cela fait partie des garanties négociées par les organisations syndicales de la Fonction Publique de l'État. L'adhésion au nouveau régime se fera en dehors de critères d'âge et sans questionnaire médical préalable. Ce sont des garanties importantes notamment pour les personnels qui rencontrent des problèmes de santé importants ou sont en situation de handicap.

Combien va me coûter cette complémentaire santé ?

Aujourd'hui nous disposons uniquement d'estimations car le tarif va être défini par les organismes qui répondront à l'appel d'offre. La cotisation d'équilibre mensuelle devrait se situer entre 70 et 80€ et l'employeur devrait en financer la moitié soit entre 35 et 40 €.

Les cotisations des bénéficiaires actifs sont constituées de trois parts :

- une part employeur forfaitaire s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- pour le reste, 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 à la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale, c'est-à-dire qu'au-dessus de 3 864 € bruts mensuels, la cotisation n'augmente plus.

Les cotisations des retraités évoluent en fonction de l'âge et des années de retraite :

- Le montant de la cotisation versée au titre de la première année de retraite est égal à la cotisation d'équilibre ;
- le montant de la cotisation versée au titre de la deuxième année est plafonné à 125 % de la cotisation d'équilibre ;
- les montants des cotisations versées au titre des troisième, quatrième et cinquième années sont plafonnés à 150 % de la cotisation d'équilibre.
- Ensuite, elle est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

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

Les cotisations des bénéficiaires ayants-droits :

- Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs sont fixées de sorte à couvrir leurs recours effectifs aux garanties, dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

- Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte à couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.
- Les cotisations des enfants de moins de 21 ans sont fixées de sorte à couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite de 50 % du montant de la cotisation d'équilibre.
- Les cotisations des enfants de plus de 21 ans sont fixées de sorte à couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite de 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

Existe-t-il des mécanismes de solidarité ?

Oui ! Déjà par le fait que le dispositif est obligatoire. Cela entraîne de fait une solidarité générationnelle car les actifs les plus jeunes ont généralement moins besoin de soins que les plus âgés. De même, les cotisations varient selon les revenus et donc les agents ayant un revenu plus élevé payent un peu plus que les agents ayant une petite rémunération.

Le dispositif prévoit également une solidarité à destination des anciens agents non retraités à condition qu'ils soient inscrits comme demandeur d'emploi et qu'ils soient indemnisés au titre de leur régime d'assurance chômage. S'ils ont travaillé au moins 2 mois consécutivement, ils conservent leur adhésion au contrat collectif en santé ainsi que pour leurs ayants droit pour les mêmes garanties et à titre gratuit, sans contrepartie de cotisation, à compter de la date de cessation de leur relation de travail avec leur employeur et pour au moins la durée de leur dernier contrat (ou contrats cumulés sans période interruption) dans la limite maximum d'un an.

A cela, s'ajoute une solidarité envers les retraités alimentée par 2 ou 3% des cotisations. Cette solidarité s'exprimera par une aide financière proportionnelle au niveau de pension perçue.

Enfin, un fonds d'aide sociale alimenté par 0.5% des cotisations devrait permettre notamment d'aider les agents qui font face à des frais de santé importants. L'utilisation de ce fonds reste encore à définir précisément et il pourra être augmenté s'il s'avère efficace.

SUR LA PREVOYANCE

Mais c'est quoi au fait la prévoyance ?

Une couverture en prévoyance sert à assurer les personnels face aux aléas de la vie, décès, invalidité, et maladie. Bien souvent, les agents se sentent moins concernés par ces risques, alors que lors que l'on est touché, les conséquences peuvent être extrêmement graves financièrement et socialement (perte importante de ressources, perte d'emploi,...).

En quoi les nouvelles dispositions améliorent ma couverture en prévoyance ?

Tout d'abord, l'accord interministériel signé le 20 octobre 2023 est loin des objectifs de la CGT mais constitue une première étape vers une bonne couverture (clause de revoyure de l'accord en 2026). Il prévoit des améliorations statutaires qui seront complétées par un contrat collectif à adhésion facultative, ainsi que des options supplémentaires.

Quelles sont les évolutions statutaires sur l'incapacité de travail ?

Il y a tout d'abord l'amélioration de l'indemnisation, à l'exception du jour de carence, du congé longue maladie (titulaires) et du congé de grave maladie (contractuels) à 100% de la rémunération indiciaire et 33% de la rémunération indemnitaire la 1ère année et 60 % de cette assiette de rémunération les années 2 et 3.

Il y a aussi pour les contractuels, la réduction à quatre mois des conditions d'ancienneté de service pour les droits à congés de maladie et de grave maladie. Les conditions d'octroi et de rechargement des congés, les niveaux d'indemnisation et les durées maximales d'indemnisation des congés de maladie et de grave maladie, seront alignés sur ceux des congés de maladie ordinaire et de longue maladie des fonctionnaires. Enfin, des dispositions utiles seront mises en place pour permettre la subrogation des indemnités journalières de la sécurité sociale, ce qui permettra aux contractuels d'être indemnisé plus rapidement et directement par leur employeur.

Quelles sont les évolutions statutaires sur l'invalidité ?

Il est prévu, la suppression de la mise à la retraite anticipée des fonctionnaires pour invalidité au profit d'un nouveau régime de reconnaissance de l'invalidité analogue à celui des contractuels. Cette disposition entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2027. L'agent reconnu invalide sera placé soit :

- En position d'activité dans le cas où il pourra poursuivre une activité professionnelle dans la fonction publique au regard de son état de santé ;
- En disponibilité pour raison de santé (sans limitation de durée, dans le cas où il lui est impossible de reprendre une activité).

Les fonctionnaires reconnus invalides percevront une prestation de compensation de l'invalidité, sous forme de rente dont le montant dépendra de son niveau d'invalidité :

- De 40% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 1^{ère} catégorie ;
- De 70% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 2^{ème} catégorie ;
- De 70% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 3^{ème} catégorie + une majoration de 40% en cas de nécessité de recours à une tierce personne.

L'assiette de rémunération comprendra le dernier traitement indiciaire brut ainsi que les primes et indemnités à caractère pérennes. Cette rente sera versée jusqu'à l'âge de départ à la retraite et la période sur laquelle elle sera versée comptera pour les droits à pension.

Quelles sont les évolutions statutaires sur le décès ?

Elles sont :

- Le paiement aux ayants droit de l'agent décédé d'un capital décès correspondant globalement à un an de rémunération qui sera triplé dans le cas où le décès est imputable au service (accident du travail ou à la suite à une maladie professionnelle) ou consécutif à un acte de dévouement ou causé par un attentat ;
- Le versement d'une rente éducation aux orphelins (193€/mois pour les enfants de -18 ans et 579€/mois pour les enfants de 18 à 26 ans en cas de poursuite des études) ;
- Le versement d'une rente viagère de 579€/mois pour les enfants en situation de handicap (taux d'incapacité permanente au moins égal à 50 %).

Quelles seront les améliorations liées au contrat collectif à adhésion facultative ?

Les améliorations portent sur l'augmentation des indemnisations.

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'indemnisation du congé longue maladie et du congé de grave maladie, à l'exception du jour de carence, sera portée à 100% de l'assiette de rémunération la 1^{ère} année et à 80% de cette assiette de rémunération les années 2 et 3.

En cas d'invalidité d'origine non professionnelle la compensation passera :

- De 40% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 1^{ère} catégorie à 50% ;
- De 70% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 2^{ème} catégorie à 80% ;
- De 70% de l'assiette de rémunération pour une invalidité de 3^{ème} catégorie à 80% (hors majoration de 40% en cas de nécessité de recours à une tierce personne) ;

En cas de décès, le capital versé aux ayants droit sera augmenté d'une année de rémunération.

Combien coûtera ce contrat collectif à adhésion facultatif en prévoyance ?

Contrairement aux garanties en santé qui peuvent être estimées assez précisément, il est nettement plus difficile de faire des estimations sur des contrats prévoyance. De plus, étant donné que ce n'est pas un contrat à adhésion obligatoire la mutualisation des risques va être bien plus faible et les organismes qui vont répondre à l'appel d'offre sur la partie prévoyance vont en tenir compte ce qui risque de faire monter la facture. Il faudra donc attendre le résultat de l'appel d'offre pour connaître les tarifs. Comme les garanties sont des indemnités proportionnelles aux revenus des agents, la cotisation sera un pourcentage du salaire. L'employeur participera de façon forfaitaire à hauteur de 7€ par mois/agent.

Y'aura-t-il des possibilités d'améliorer ma couverture en plus de ce contrat ?

Oui, il est prévu 3 options facultatives additionnelles qui pourront être souscrites indépendamment les unes des autres.

La première est sur l'**incapacité de travail**. En complément des garanties statutaires et complémentaires l'agent pourra avoir :

- le maintien de 80 % de la rémunération pendant les neuf derniers mois en congés de maladie ordinaire ;
- le maintien de 80 % de la rémunération en congé de longue durée les quatrième et cinquième années ;
- le maintien de 80 % de la rémunération pour les personnels en disponibilité pour raison de santé (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).

Comme les garanties de cette option additionnelle sont des indemnités proportionnelles aux revenus des agents, la cotisation sera un pourcentage du salaire. Il faudra attendre le résultat de l'appel d'offre pour connaître le pourcentage du salaire qui s'appliquera.

De plus, les agents et les retraités (pas de souscription possible au-delà de 74 ans) pourront souscrire en plus une **garantie frais d'obsèques** et/ou une **garantie perte d'autonomie** que son ou sa conjointe pourra aussi prendre. La cotisation sera fixée en fonction de l'âge de l'assuré, plus vous êtes jeune moins votre cotisation sera élevée. Il faudra aussi attendre le résultat de l'appel d'offre pour connaître la tarification qui s'appliquera.

La CGT-Culture s'attachera à informer au mieux les personnels au fur et à mesure de la mise en place de ce nouveau dispositif notamment en organisant des heures d'informations syndicales. Elle s'attachera aussi à ce que l'administration mette tous les moyens nécessaires (humains, techniques, d'informations,...) pour que cette transition se déroule au mieux. De plus, que ce soit au sein de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) du régime, ou lors des clauses de revoyure des accords, elle continuera avec sa fédération, l'UFSE-CGT, à défendre les intérêts des personnels, des retraités et de leurs ayants-droits.

Paris, le 22 avril 2024

ANNEXE II de l'accord ministériel Culture

PRESTATIONS DE LA COUVERTURE COLLECTIVE DES FRAIS DE SANTÉ

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).

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

| | Panier de soins interministériel |
|--|---|
| Poste Dentaire | |
| Soins conservateurs dentaires | 100% BR |
| Soins et prothèses du panier 100% santé | Prise en charge intégrale |
| Soins et prothèses du panier maîtrisé | |
| Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges) | 375% BR |
| Prothèses dentaires amovibles | 375% BR |
| Prothèses dentaires provisoires | 375% BR |
| Inlay Core | 375% BR |
| Inlays onlays d'obturation | 150% BR |
| Soins et prothèses du panier libre | |
| Prothèses dentaires fixes - dent visible | 300% BR |
| Prothèses dentaires fixes - dent non visible | 250% BR |
| Prothèses dentaires amovibles - dent visible | 300% BR |
| Prothèses dentaires amovibles - dent non visible | 250% BR |
| Prothèses dentaires provisoires | 300% BR |
| Inlay Core | 200% BR |
| Inlays onlays d'obturation | 125% BR |
| Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale | 100% BR |
| Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale | Néant |
| Implant dentaire | 500 € par implant (limité à 2 par an) |
| Pilier sur implant | Néant |
| Couronne sur implant | 200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans) |
| Orthodontie remboursée par la sécurité sociale | 250% BR |
| Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale | 400 € par semestre |
| Poste Optique | |
| Equipements du panier 100% santé | Prise en charge intégrale |
| Equipements à tarif libre | |
| Monture | 50 € |
| Verre unifocal simple | 60 € par verre |
| Verre unifocal complexe | 110 € par verre |
| Verre multifocal simple | 150 € par verre |
| Verre multifocal complexe | 200 € par verre |
| Autres prescriptions optique | 100% BR |
| Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale | 100 € par an |
| Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale | 100 € par an |
| Chirurgie Réfractive | 400 € par an |

| | |
|---|--|
| Poste prothèses auditives | |
| Moins de 20 ans et atteint de cécité | |
| Classe 1, équipement 100% santé | Prise en charge intégrale |
| Classe 2, équipement à tarif libre | 1 400 € par prothèse |
| 20 ans et plus | |
| Classe 1, équipement 100% santé | Prise en charge intégrale |
| Classe 2, équipement à tarif libre | 800 € par prothèse |
| Poste autres prothèses | |
| Appareillage | 200% BR |
| Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire) | 200% BR |
| Aide à la reprise d'un sport pour les personnes souffrant d'un ALD reconnue de moins de 3 ans | néant |
| Orthèse, casque en cas de chimiothérapie ou plagiocéphalie : cplt prothèse capillaire suite à cancer, lingerie ou tatouage suite à cancer du sein, protection urinaire post-prostatectomie, nébulisation à base de corticoïde, pompe à insuline innovante | néant |
| Poste cures thermales | |
| Honoraires et frais de transport | 100% BR |
| Forfait | Néant |
| Poste Prestations annexes | |
| Contraception, test de grossesse | 80 € par an |
| Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique | 80 € par an |
| Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) | 40 € par séance max. 2 séances par an |
| Psychologue pris en charge par la Sécurité sociale | 40 € pour la première séance 30 € pour les sept suivantes |
| Psychologue non pris en charge par la Sécurité sociale | 30 € par séance max. 4 séances par an |
| Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif | 183 € par acte |
| Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006 | 100% BR |

ANNEXE III de l'accord ministériel Culture

GARANTIES OPTIONNELLES SANTE

| | Panier de soins + OPTION 1 | Panier de soins + OPTION 2 | Panier de soins + OPTION 3 |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Poste Soins Courants | | | |
| Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM | 130% BR | 150% BR | 250% BR |
| Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM | 110% BR | 130% BR | 200% BR |
| Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM | 150% BR | 220% BR | 250% BR |
| Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM | 130% BR | 200% BR | 200% BR |
| Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM | 150% BR | 180% BR | 250% BR |
| Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM | 130% BR | 150% BR | 200% BR |
| Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM | 150% BR | 170% BR | 250% BR |
| Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM | 130% BR | 150% BR | 200% BR |
| Analyses Médicales et actes de biologie remboursées par la Ss | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Analyses Médicales et actes de biologie non remboursées par la Ss | 50€ par an | 50€ par an | 50€ par an |
| Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes | 100% BR | 150% BR | 150% BR |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 130% BR | 150% BR | 150% BR |
| Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité | | | |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM - CO | 200% BR | 220% BR | 300% BR |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM - CO | 180% BR | 200% BR | 200% BR |
| Frais de séjour | 100% BR | 150% BR | 150% BR |
| Forfait actes lourds | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Forfait Journalier hospitalier | 100% FR | 100% FR | 100% FR |
| Forfait Patient Urgence (FPU) | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Chambre particulière court séjour et maternité | 50,00 € / nuit | 62,00 € / nuit | 70,00 € / nuit |
| Chambre particulière soins de suite | 50,00 € / nuit | 62,00 € / nuit | 70,00 € / nuit |
| Chambre particulière psychiatrie | 50,00 € / nuit | 62,00 € / nuit | 70,00 € / nuit |
| Chambre particulière en ambulatoire | 25,00 € / jour | 62,00 € / jour | 70,00 € / jour |
| Frais accompagnant - établissement conventionné | 39,00 € / nuit | 39,00 € / nuit | 39,00 € / nuit |
| Frais accompagnant - établissement non conventionné | 35,00 € / nuit | 35,00 € / nuit | 35,00 € / nuit |
| Frais de transport | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Poste Pharmacie | | | |
| Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse) | 80 € par an | 100 € par an | 150 € par an |

| | Panier de soins + OPTION 1 | Panier de soins + OPTION 2 | Panier de soins + OPTION 3 |
|--|---|---|---|
| Poste Dentaire | | | |
| Soins conservateurs dentaires | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Soins et prothèses du panier 100% santé | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale |
| Soins et prothèses du panier maîtrisé | | | |
| Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges) | 375% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires amovibles | 375% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires provisoires | 375% BR | 400% BR | 450% BR |
| Inlay Core | 375% BR | 400% BR | 450% BR |
| Inlays onlays d'obturation | 250% BR | 250% BR | 350% BR |
| Soins et prothèses du panier libre | | | |
| Prothèses dentaires fixes - dent visible | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires fixes - dent non visible | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires amovibles - dent visible | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires amovibles - dent non visible | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Prothèses dentaires provisoires | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Inlay Core | 300% BR | 400% BR | 450% BR |
| Inlays onlays d'obturation | 250% BR | 250% BR | 350% BR |
| Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale | 300 € par an | 460 € par an | 880 € par an |
| Implant dentaire | 660 € par implant (limité à 2 par an) | 925 € par implant (limité à 2 par an) | 925 € par implant (limité à 2 par an) |
| Couronne sur implant | 200 € par couronne (limité à 2 tous les ans) | 200 € par couronne (limité à 2 tous les ans) | 200 € par couronne (limité à 2 tous les ans) |
| Orthodontie remboursée par la sécurité sociale | 300% BR | 300% BR | 450% BR |
| Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale | 400 € par semestre | 400 € par semestre | 400 € par semestre |
| Poste Optique | | | |
| Equipements du panier 100% santé | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale |
| Equipements à tarif libre | | | |
| Monture | 100 € | 100 € | 100 € |
| Verre unifocal simple | 100 € par verre | 160 € par verre | 160 € par verre |
| Verre unifocal complexe | 175 € par verre | 225 € par verre | 225 € par verre |
| Verre multifocal simple | 175 € par verre | 225 € par verre | 225 € par verre |
| Verre multifocal complexe | 225 € par verre | 275 € par verre | 275 € par verre |
| Autres prescriptions optique | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale | 250 € par an | 100% BR + 250 € par an | 100% BR + 300 € par an |
| Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale | 250 € par an | 250 € par an | 300 € par an |
| Chirurgie Réfractive | 600 € par œil par an | 925 € par œil par an | 925 € par œil par an |

| | Panier de soins + OPTION 1 | Panier de soins + OPTION 2 | Panier de soins + OPTION 3 |
|--|--|--|--|
| Poste prothèses auditives | | | |
| Moins de 20 ans et atteint de cécité | | | |
| Classe 1, équipement 100% santé | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale |
| Classe 2, équipement à tarif libre | 1 400 € par prothèse | 1 400 € par prothèse | 1 600 € par prothèse |
| 20 ans et plus | | | |
| Classe 1, équipement 100% santé | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale | Prise en charge intégrale |
| Classe 2, équipement à tarif libre | 1 200 € par prothèse | 1 400 € par prothèse | 1 600 € par prothèse |
| Poste autres prothèses | | | |
| Appareillage | | | |
| Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire) | 200% BR | 100% BR + 605 € par an | 100% BR + 905 € par an |
| Aide à la reprise d'un sport pour les personnes souffrant d'un ALD reconnue de moins de 3 ans | 200% BR | 100% BR + 605 € par an | 100% BR + 905 € par an |
| Orthèse, casque en cas de chimiothérapie ou plagiocéphalie : cpl prothèse capillaire suite à cancer, lingerie ou tatouage suite à cancer du sein, protection urinaire post-prostatectomie, nébulisation à base de corticoïde, pompe à insuline innovante | 50€ par an (pendant au maxi. 3 ans) | 50€ par an (pendant au maxi. 3 ans) | 50€ par an (pendant au maxi. 3 ans) |
| | 75 € par an | 75 € par an | 75 € par an |
| Poste cures thermales | | | |
| Honoraires et frais de transport | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Forfait | Néant | 300 € par an | 300 € par an |
| Poste Prestations annexes | | | |
| Contraception, test de grossesse | 100 € par an | 100 € par an | 150 € par an |
| Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique | 80 € par an | 80 € par an | 80 € par an |
| Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) | 40 € par séance max. 6 séances par an | 50 € par séance max. 6 séances par an | 50 € par séance max. 6 séances par an |
| Psychologue pris en charge par la Sécurité sociale | 40 € pour la première séance 30 € pour les sept suivantes | 40 € pour la première séance 30 € pour les sept suivantes | 40 € pour la première séance 30 € pour les sept suivantes |
| Psychologue non pris en charge par la Sécurité sociale | 40 € par séance max. 6 séances par an | 50 € par séance max. 6 séances par an | 50 € par séance max. 6 séances par an |
| Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif | 183 € par acte | 183 € par acte | 183 € par acte |
| Tout acte de prévention de l'arrêt du 8 juin 2006 | 100% BR | 100% BR | 100% BR |