MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE

Liberté
Égalité
Fraternité

ACCORD COLLECTIF INSTITUANT UN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ POUR LES AGENTS DU MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE

Entre,

Le ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, représenté par Monsieur Marc FESNEAU, ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire

L'institut français du cheval et de l'équitation, représenté par Monsieur Jean-Roch GAILLET, directeur général de l'institut français du cheval et de l'équitation

Et

Les organisations syndicales :

L'Elan commun (SNETAP-FSU, SNUITAM-FSU, CGTAgri, SUD Rural Territoires)
Force ouvrière Agriculture
La Fédération générale de l'agroalimentaire de la Confédération française démocratique du travail (FGA CFDT)
La Fédération des syndicats généraux de l'Education nationale de la Confédération française démocratique du travail (SGEN CFDT)
UNSA – AAF
UNSA - Education
L'Alliance du Trèfle (EFA-CGC, CFTC-MAE, SNISPV)
La Fédération de la formation et de l'enseignement privé de la Confédération française démocratique du travail (FEP CFDT)
Le Syndicat national de l'enseignement chrétien – Confédération française des travailleurs chrétiens (Snec – CFTC)
La Confédération générale du travail – Enseignement privé (CGT – EP)

Table des matières

Préambule ... 3

Article 1 – Objet de l'accord ... 3

Article 2 – Champ d'application de l'accord ... 3

Article 3 – Bénéficiaires ... 4

3.1 - Les bénéficiaires actifs ... 4

3.2 Bénéficiaires retraités ... 5

3.3 – Bénéficiaires ayants droit ... 6

Article 4 – Dispenses d'adhésion ... 6

Article 5 – Prestations de couverture collective des frais de santé ... 7

5.1 – Panier de soins interministériel ... 7

5.2 – Paniers de soins spécifiques ... 8

5.3 – Garanties optionnelles ... 8

Article 6 – Cotisations et financement ... 8

6.1 – Cotisations au panier de soin interministériel ... 8

6.2 – Cotisations relatives aux garanties optionnelles facultatives ... 10

6.3 – Révision du montant des cotisations ... 10

Article 7 – Mécanismes de solidarité ... 10

7.1 – Portabilité et maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail ... 10

7.2 – Solidarités à destination des bénéficiaires retraités : le fonds d'aide aux retraités ... 11

7.3 – Suivi du coût des mécanismes de solidarité ... 11

Article 8 – Fonds d'accompagnement social ... 11

Article 9 – Actions de prévention en santé ... 12

Article 10 – Sélection du contrat collectif en santé ... 12

Article 11 – Indicateurs de qualité en matière de gestion ... 12

Article 12 – Information des agents ... 13

Article 13 – Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) ... 13

Article 14 - Transférabilité des réserves et des fonds ... 13

Article 15 – Prévoyance ... 14

Article 16 – Révision et dénonciation ... 14

Article 17 – Entrée en vigueur, durée et publicité ... 14

Article 18 – Suivi de l'accord ... 14

ANNEXES : ... 17

Annexe 1 - Garanties du régime collectif obligatoire complémentaire frais de santé (panier de soins minimum interministériel) ... 17

Annexe 2 – Garanties du régime collectif obligatoire complémentaire frais de santé pour les agents affectés à l'étranger ... 20

Annexe 3 – Garanties optionnelles ... 23

Annexe 4 – Répartition des représentants des organisations syndicales au sein de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) ... 32

Préambule

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

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

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

Le nouveau régime de protection sociale succédera d'une part, au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire dit de « référencement » dans la fonction publique de l'Etat.

Pour sa mise en œuvre, chaque employeur public engage une négociation avec les organisations syndicales représentatives, en vue de conclure un accord ministériel, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021.

Au Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté Alimentaire (MASA), préalablement à la négociation, un accord de méthode a été signé à l'unanimité des organisations syndicales des CSA du périmètre des contrats collectifs et du CCM le 11 juillet 2023.

Article 1 – Objet de l'accord

Le présent accord collectif a pour objet de définir les modalités de mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire « santé » au sein du Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, et d'améliorer le niveau de couverture des risques santé pour des agents du Ministère, au-delà du panier de soin interministériel défini par arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

En application du présent accord, un contrat collectif de complémentaire santé sera souscrit par le Ministère.

Article 2 – Champ d'application de l'accord

Le présent accord collectif couvre :

- L'ensemble des agents de l'administration centrale ;

- L'ensemble des agents des services déconcentrés :
    - Au sein des DRAAF et de la DRIAAF ;
    - Au sein des DAAF ;
    - Au sein des DDI.

- L'ensemble des agents des établissements d'enseignement technique agricole (public et privé) sous contrat ;

- L'ensemble des agents des établissements d'enseignement supérieur agricole public ;

- L'ensemble des agents des 6 opérateurs suivants :

    - ASP, Agence de services et de paiement
    - ODEADOM, Office de développement de l'économie agricole d'outre-mer
    - INAO, Institut national de l'origine et de la qualité
    - INFOMA, Institut national de formation des personnels du Ministère en charge de l'agriculture
    - FranceAgriMer, Établissement national des produits de l'agriculture et de la mer
    - IFCE, Institut Français du Cheval et de l'Equitation.

Article 3 – Bénéficiaires

3.1 - Les bénéficiaires actifs

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

Les bénéficiaires actifs sont, en vertu de l'article 2 du décret du 22 avril 2022 précité, les agents employés et rémunérés par le MASA, c'est-à-dire :

- ✓ Les agents fonctionnaires (titulaires ou stagiaires) ;
- ✓ Les agents fonctionnaires titulaires mis à disposition :
    - des services déconcentrés (DRAAF, DRIAAF, DAAF et DDI) ;
    - des établissements d'enseignement technique (public et privé) ;
    - des établissements d'enseignement supérieur agricole ;
    - d'un GIP
- ✓ Les agents détachés « entrant » ;
- ✓ Les agents contractuels de droit public (y compris les agents contractuels sur budget – ACB et enseignants des établissements privés sous contrat) ;
- ✓ Les agents contractuels de droit privé relevant du code du travail (non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité Sociale), dont les apprentis de l'enseignement supérieur,

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

- ✓ Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales (congé d'adoption, congé de paternité...)
- ✓ En congé parental
- ✓ En congé de présence parentale
- ✓ En congé de proche aidant
- ✓ En congé de solidarité familiale
- ✓ En congé de formation professionnelle

3.2 Bénéficiaires retraités

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

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

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

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

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

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

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

3.3 – Bénéficiaires ayants droit

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

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- La personne liée par un PACS à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- La personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- L'enfant ou petit-enfant d'un « bénéficiaire actif » ou d'un « bénéficiaire retraité », ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :

a) Agé de moins de 21 ans ;
b) Agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
c) Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles, quel que soit son âge.

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

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

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

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

Article 4 – Dispenses d'adhésion

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

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

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

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

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

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

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

Article 5 – Prestations de couverture collective des frais de santé

5.1 – Panier de soins interministériel

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

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

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

5.2 – Paniers de soins spécifiques

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

Pour les agents du MASA affectés à l'étranger, le panier de soin défini par le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères est retenu et figure en annexe 2 au présent accord.

Sauf solution interministérielle, les agents en poste à l'étranger seront pris en compte dans le marché du MASA.

Pour les agents des collectivités d'Outre-Mer, un dispositif de prise en charge dérogatoire des garanties de protection sociale complémentaires sera proposé aux agents avec une participation forfaitaire de l'employeur, dans le cadre d'un dispositif législatif et réglementaire en cours d'élaboration.

5.3 – Garanties optionnelles

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

L'adhésion aux garanties optionnelles est facultative.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit du panier de soins à cette même option s'ils ont été déclarés bénéficiaires.

Les tableaux de prestations relatives à ces niveaux de garanties optionnelles figurent en annexe 3 du présent accord.

Article 6 – Cotisations et financement

6.1 – Cotisations au panier de soin interministériel

6.1.1 – Montant de la cotisation d'équilibre

Le montant de la cotisation d'équilibre du contrat collectif fait l'objet, dans le cadre d'une mise en concurrence (cf article 10), d'une négociation entre le Ministère et un organisme relevant des catégories suivantes :
1° Mutuelles ou unions relevant du titre III du code de la mutualité ;
2° Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
3° Entreprises d'assurance mentionnées à l'article L 310-2 du code des assurances.

6.1.2 – Cotisations des agents bénéficiaires actifs

La cotisation des agents actifs se répartit comme suit :

- En application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, hors cotisations additionnelles prévues au présent accord.

- L'agent a à sa charge :
  - Une première part forfaitaire de 20% de la cotisation d'équilibre ;
  - Une part individuelle solidaire fixée en fonction de ses rémunérations mensuelles soumises à CSG et CRDS, plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30% de la cotisation d'équilibre.

L'agent devra également s'acquitter des cotisations additionnelles mentionnées aux articles 6.1.4 et 6.2 du présent accord.

6.1.3 – Cotisations des bénéficiaires retraités

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

Aux termes de l'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

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

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

6.1.4 – Cotisations des bénéficiaires ayants droit

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

Les cotisations des enfants ou petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités tels que définis à l'article 3.3 sont fixées comme suit :

- Dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre pour les enfants ou petits-enfants de plus de 21 ans,

- À 50% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

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

Ces cotisations sont exclusivement à la charge de l'agent.

6.2 – Cotisations relatives aux garanties optionnelles facultatives

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

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

6.3 – Révision du montant des cotisations

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

Dans le cadre du suivi et pilotage annuel du régime, l'organisme visé au 6.1.1 communiquera, chaque année, à la commission mentionnée à l'article 13, les comptes de résultats comptables du dernier exercice clos et les comptes prévisionnels annuels de l'exercice en cours.

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

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

Article 7 – Mécanismes de solidarité

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

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

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

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

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

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

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

Il est piloté par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS), compétente pour en fixer les modalités de mise en œuvre et suivre l'évolution des sommes collectées et le montant des dépenses par nature.

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

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

7.3 – Suivi du coût des mécanismes de solidarité

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

Lorsque le coût total de ces mécanismes représente plus de 5 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi évalue son coût prévisionnel sur la durée du marché

Lorsque le coût total dépasse 10 % de la cotisation de référence, la commission paritaire de pilotage et de suivi adapte les plafonnements prévus aux paragraphes 6.1.3.

Article 8 – Le fonds d'accompagnement social

Les parties prenantes au présent accord s'accordent pour mettre en œuvre des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif, attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

La nature des prestations, critères et modalités d'attribution sont définies dans un règlement de fonctionnement du fonds élaboré par la commission paritaire de pilotage et de suivi.

La cotisation additionnelle est fixée à 0,5% des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires.

Le fonds d'accompagnement social est transféré intégralement au nouvel organisme après résiliation du contrat.

Article 9 – Actions de prévention en santé

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

Article 10 – Sélection du contrat collectif en santé

Le Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire met en œuvre une procédure de mise en concurrence dans le cadre de marchés ayant pour objet des droits sociaux au sens du 3° de l'article R. 2123-1 du code de la commande publique, pour sélectionner l'organisme avec lequel le contrat collectif de protection sociale complémentaire « santé » sera conclu, dans le respect des dispositions du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

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

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

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

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

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

Article 11 – Indicateurs de qualité en matière de gestion

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

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

Article 12 – Information des agents

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

Article 13 – Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS)

Une commission paritaire de pilotage et de suivi sera mise en place avec des représentants des organisations syndicales selon les modalités arrêtées dans l'annexe 4. Les suppléants de second rang siègent à la CPPS exclusivement en remplacement d'un titulaire absent. La CPPS adopte un règlement intérieur.

La commission fixe :

- Le barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités ;
- Les prestations d'accompagnement social financées par le fonds mentionné à l'article 8 de l'accord.

La commission participe également à :

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

La commission est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle.

Cette commission se réunit au moins trois par an.

Article 14 - Transférabilité des réserves et des fonds

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

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

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

Dans le cadre de la procédure de mise en concurrence mentionnée à l'article 10, il sera négocié un protocole technique et financier conformément au présent accord définissant les dispositions d'établissement des comptes de résultat les règles de dotation et de reprise de la réserve, les modalités de gestion du fonds de solidarité des retraités et du fonds d'action sociale ainsi que les modalités de transfert de la réserve du fonds de solidarité des retraités et du fonds d'accompagnement social auprès du nouvel organisme attributaire en cas de résiliation des contrats collectifs de protection sociale complémentaire « santé » entrant dans le périmètre de mutualisation.

Article 15 – Prévoyance

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

Article 16 – Révision et dénonciation

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

Article 17 – Entrée en vigueur, durée et publicité

L'accord collectif est conclu pour une durée indéterminée. Il fera l'objet d'une publication au bulletin–officiel du Ministère de l'agriculture ainsi qu'au journal officiel et prendra effet au lendemain de cette publication.

Article 18 – Suivi de l'accord

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

Fait en deux exemplaires, à Paris, le 22 MAI 2024

Le Ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire :

L'Institut Français du Cheval et de l'Equitation :

Jean-Roch GAILLET, directeur général

Pour les organisations syndicales :

Pour L'Elan commun (CGT Agri, SNETAP-FSU, SNUITAM-FSU, SUD-Rural Territoires) :

Pour Force Ouvrière Agriculture :

Jean-Christophe LEROY

Pour la Fédération générale de l'agroalimentaire de la Confédération française démocratique du travail (FGA CFDT) :

Stéphanie blanco

Pour la Fédération des syndicats généraux de l'Education nationale de la Confédération française démocratique du travail (SGEN CFDT) :

Catherine NAVE-BEKHTI

Pour l'UNSA –AAF :

Marlène HARNICHARD

Pour l'UNSA Education :

Gwendoline PROSPER.

Pour l'Alliance du Trèfle (EFA-CGC, CFTC-MAE, SNISPV) :

S. Pinède SNISPV

Sophie Gudel CFTC-MAE

Valérie BOHÉ S.G. EFA.CGC

Pour la Fédération de la formation et de l'enseignement privé de la Confédération française démocratique du travail (FEP - CFDT) :

Laurent LAMBERDIÈRE

Pour Snec-CFTC :

Véronique Cotrelle

Anne TOUDIC

Pour CGT-EP :

ANNEXES :

Annexe 1 - Garanties du régime collectif obligatoire complémentaire frais de santé (panier de soins minimum interministériel)

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale	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 de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	100% 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, adhérent à l'OPTAM	100% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, non adhérent à l'OPTAM	100% BR
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
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 reconnus 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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale	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 maitrisé	
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	Néant
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant
Implant dentaire	500 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	200 € par couronne (limité à 2 par an)
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 € par an
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6	60 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	110 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	110 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4	150 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	200 € par verre

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale	Panier de soins interministériel
Poste Optique	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	150 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	200 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	200 € par verre
Autres prescriptions optique dont prismes	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
Chirugie Réfractive	400 € par an
Poste appareils auditifs	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé	Prise en charge intégrale
Classe 2, équipement à tarif libre	800 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé	Prise en charge intégrale
Classe 2, équipement à tarif libre	800 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	200% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	Néant
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception (homme ou femme), test de grossesse	80 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 2 séances par an
Psychologue - forfait par bénéficiaire	30 € par séance max. 4 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR
Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygienique lavable)	Néant
Allocation naissance	Néant

Annexe 2 – Garanties du régime collectif obligatoire complémentaire frais de santé pour les agents affectés à l'étranger

	Formule Étranger (*les remboursements étant plafonnés à 300.000 €/an/bénéficiaire*)	
	Soins réalisés en France (paniers de soins)	**Soins réalisés à l'étranger**
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	90 % FR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	1ère séance 40 € 30 € / séance	40 € / séance
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

	Formule Étranger (*les remboursements étant plafonnés à 200.000 €/an/bénéficiaire*)	
	Soins réalisés en France (paniers de soins)	**Soins réalisés à l'étranger**
SOINS COURANTS		
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		
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

	Formule Étranger (*les remboursements étant plafonnés à 200.000 €/an/bénéficiaire*)	
	Soins réalisés en France (paniers de soins)	**Soins réalisés à l'étranger**
DENTAIRE		
Prothèses (hors 100% Santé)		
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	50 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique		
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 €

	Formule Étranger (*les remboursements étant plafonnés à 200.000 €/an/bénéficiaire*)	
	Soins réalisés en France (paniers de soins)	**Soins réalisés à l'étranger**
OPTIQUE		
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe)	150 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre (<= 20 ans)	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

	Formule Étranger (*les remboursements étant plafonnés à 200.000 €/an/bénéficiaire*)	
	Soins réalisés en France (paniers de soins)	**Soins réalisés à l'étranger**
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	-	100% FR

Annexe 3 – Garanties optionnelles

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 1
Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	140% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	110% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	150% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	130% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, adhérent à l'OPTAM	100% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, non adhérent à l'OPTAM	100% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	110% 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
Chambre particulière court séjour et maternité	60,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	45,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	60,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	35,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	100% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnus 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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 1
Poste Dentaire	**Plafond dentaire : 1 500 € / an**
Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé	
Soins et prothèses du panier maitrisé	
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	400% BR
Prothèses dentaires amovibles	400% BR
Prothèses dentaires provisoires	400% BR
Inlay Core	400% BR
Inlays onlays d'obturation	400% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	300% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	300% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	300% BR
Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	300% BR
Prothèses dentaires provisoires	300% BR
Inlay Core	300% BR
Inlays onlays d'obturation	300% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 150 € / an
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	150 € / an
Implant dentaire	800 € par implant
Couronne sur implant	300% BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	350% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	300% BRR
Poste Optique	
Equipements du panier 100% santé	
Equipements à tarif libre	
Monture	100 € par an
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6	80 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	175 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	80 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	80 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	175 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	175 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	175 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4	175 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	225 € par verre

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 1
Poste Optique	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	175 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	175 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	225 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	225 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	225 € par verre
Autres prescriptions optique dont prismes	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	60 % BR + 175 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	175 € par an
Chirugie Réfractive	400 € par oeil par an
Poste appareils auditifs	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	1 400 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	1 000 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	200% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	200 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception (homme ou femme), test de grossesse	120 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 4 séances par an
Psychologue - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 6 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR
Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygienique lavable)	120 € par an
Allocation naissance	Néant

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 2
Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	180% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	150% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	200% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	160% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	160% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	160% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	160% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, adhérent à l'OPTAM	125% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, non adhérent à l'OPTAM	105% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	110% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM CO	200% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM CO	180% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	90,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	60,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	90,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	35,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	125% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnus 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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 2
Poste Dentaire	**Plafond dentaire : 2 000 € / an**
Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé	
Soins et prothèses du panier maitrisé	
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	450% BR
Prothèses dentaires amovibles	450% BR
Prothèses dentaires provisoires	450% BR
Inlay Core	450% BR
Inlays onlays d'obturation	450% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	450% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	450% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	450% BR
Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	450% BR
Prothèses dentaires provisoires	450% BR
Inlay Core	450% BR
Inlays onlays d'obturation	450% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 250 € / an
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	250 € / an
Implant dentaire	1 000 € par implant
Couronne sur implant	450% BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	450% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400% BRR
Poste Optique	
Equipements du panier 100% santé	
Equipements à tarif libre	
Monture	100 € par an
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6	100 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	220 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	100 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	100 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	220 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	220 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	220 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4	220 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	275 € par verre

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 2
Poste Optique	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	220 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	220 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	300 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	300 € par verre
Autres prescriptions optique dont prismes	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	60% BR + 250 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	250 € par an
Chirugie Réfractive	500 € par oeil par an
Poste appareils auditifs	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé **Classe 2, équipement à tarif libre**	1 400 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé **Classe 2, équipement à tarif libre**	1 200 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	100% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	300% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	300% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	300 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception (homme ou femme), test de grossesse	150 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	50 € par séance max. 4 séances par an
Psychologue - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 8 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR
Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygienique lavable)	120 € par an
Allocation naissance	5% PMSS

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 3
Poste Soins Courants	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	225% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM	300% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à l'OPTAM	300% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à l'OPTAM	300% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à l'OPTAM	300% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à l'OPTAM	200% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, adhérent à l'OPTAM	125% BR
Analyses Médicales et actes de biologie, non adhérent à l'OPTAM	125% BR
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	125% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR
Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM / OPTAM CO	300% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM / OPTAM CO	200% BR
Frais de séjour	100% FR convenionné 100% BR sinon
Forfait actes lourds	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR
Chambre particulière court séjour et maternité	120,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	90,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	120,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	45,00 € / jour
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit
Frais de transport	125% BR
Poste Pharmacie	
Médicament reconnus 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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 3
Poste Dentaire	**Plafond dentaire : 3 500 € / an**
Soins conservateurs dentaires	100% BR
Soins et prothèses du panier 100% santé	
Soins et prothèses du panier maitrisé	
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	550% BR
Prothèses dentaires amovibles	550% BR
Prothèses dentaires provisoires	550% BR
Inlay Core	550% BR
Inlays onlays d'obturation	550% BR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	550% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	550% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	550% BR
Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	550% BR
Prothèses dentaires provisoires	550% BR
Inlay Core	550% BR
Inlays onlays d'obturation	550% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR + 400 € / an
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	400 € / an
Implant dentaire	1 200 € par implant
Couronne sur implant	850% BR
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	550% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	450% BRR
Poste Optique	
Equipements du panier 100% santé	
Equipements à tarif libre	
Monture	100 € par an
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6	100 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	220 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	150 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	150 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	275 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	275 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	275 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à + 4	275 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	325 € par verre

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 3
Poste Optique	
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	275 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	275 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	325 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	325 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	325 € par verre
Autres prescriptions optique dont prismes	100% BR
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	60% BR + 350 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	350 € par an
Chirugie Réfractive	600 € par oeil par an
Poste appareils auditifs	
Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	100% BR + 1 400 € par prothèse
20 ans et plus	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	100% BR + 1 400 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	300% BR
Poste autres prothèses	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	400% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	400% BR
Poste cures thermales	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	400 € par an
Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss	
Contraception (homme ou femme), test de grossesse	180 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	60 € par séance max. 4 séances par an
Psychologue - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 8 séances par an
Dispositif "Mon Psy"	100% BR
Amniocenthèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR
Protection périodique durable (Cup / culotte de règle / serviette hygienique lavable)	120 € par an
Allocation naissance	15% PMSS

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réel

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maitrisé

OPTAM CO : Option de Pratique Tarifaire Maitrisé Chirurgie Obstétrique

Les honoraires médicaux en hospitalisation s'entendent hors chirurgie esthétique.

Les forfaits annuels s'entendent par an et par bénéficiaire.

Pour les options, le plafond dentaire concerne tous les actes non remboursés par la Ss (parodontologie non remboursée, implant dentaire, orthodontie non remboursée)

Annexe 4 – Répartition des représentants des organisations syndicales au sein de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi

La Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi est composée de 16 représentants titulaires :

Organisations syndicales	Nombre de titulaires
Elan Commun (Snetap-FSU, SNUITAM-FSU, CGT-Agri, SUD Rural Territoires) - EP-CGT	5
Alliance du Trèfle (EFA-CGC, CFTC-MAE, SNISPV)	1
Snec-CFTC	1
UNSA Fonction Publique (SEA-UNSA et UNSA-AAF)	2
CFDT (FGA – FEP – SGEN)	4
FO AGRICULTURE	3
Total des sièges	**16**

1 titulaire et 1 suppléant siègeront dans le collège syndical.