



PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Que contient l'accord du 8 avril 2024 ?

Par Marie-Hélène Piquemal, vice-présidente du SNALC

Après les accords interministériels de janvier 2022 et octobre 2023, un [accord](#) concernant spécifiquement le MENJ, le MESR et le MSJOP a été signé le 8 avril 2024 par les organisations syndicales représentatives (dont le SNALC), sauf FO. Il est destiné à couvrir les frais de santé, en complément et en supplément des remboursements effectués par les régimes obligatoires de sécurité sociale, ainsi qu'à offrir la possibilité d'un renfort des garanties statutaires en prévoyance (incapacité, invalidité, décès).

CE QU'IL FAUT RETENIR

L'accord couvre la **santé** et la **prévoyance**.

Garanties santé avec adhésion obligatoire sur un socle de prestations (panier de soins) assorties d'options facultatives pour une protection santé améliorée.

Garanties en prévoyance avec adhésion facultative (incapacité, invalidité et décès), assorties de garanties additionnelles.

Des dispenses sont prévues (notamment bénéficiaires CSS, CDD avec couverture individuelle, actifs conjoints ayants droit d'un autre contrat collectif...).

Cotisations individuelles santé (socle) calculées sur la cotisation d'équilibre (actuellement évaluée à 60€) : 20% fixe + 30% coefficientés sur la rémunération brute.

Participation de l'État au financement pour les actifs : 50% de la cotisation d'équilibre pour le socle interministériel de garanties santé et 50% de la cotisation aux garanties santé optionnelles, dans la limite de 5 € + 7 € sur la cotisation des actifs pour le socle de garanties facultatif de prévoyance.

Mécanismes de solidarité : **générationnelle** (progressivité et plafonnement de la cotisation des retraités) ; **familiale** (cotisations enfants réduites et plafonnées à 2 enfants) ; **indiciaire** (part individuelle cotisation coefficientée)

Ayants droit : conjoint, PACSé, concubin, enfants et petits-enfants (y compris ceux du conjoint s'ils sont à charge) âgés de moins de 21 ans, ou demandeurs d'emploi ou apprentissage de moins de 25 ans, ou handicapés. **Cotisation des conjoints** plafonnée à 110 %, sans participation du ministère. **Cotisation des enfants** < 21 ans réduite à 50 %, gratuite au 3^e enfant. 21-25 ans : comme actifs.

Retraités : affiliation facultative, délai d'1 an à/c entrée en vigueur ou date de la retraite ; mêmes garanties que pour les actifs. Augmentation progressive du montant avec l'âge jusqu'à 70 ans, plafonné à 175%.

Entrée en vigueur prévue pour le **1^{er} janvier 2026** (fin de la participation des 15€).



SOMMAIRE

1. [La protection : santé et prévoyance](#)
2. [Les bénéficiaires du régime en santé](#)
3. [Les bénéficiaires du régime en prévoyance](#)
4. [En cas d'affectation à l'étranger ou en outre-mer](#)
5. [Le calcul des cotisations](#)
6. [Pourquoi une adhésion obligatoire ?](#)
7. [La dispense d'adhésion : pour qui ?](#)
8. [Comment se fera la transition vers la PSC collective ?](#)
9. [Le choix du prestataire](#)
10. [L'entrée en vigueur : reports et retard](#)
11. [Les textes de référence](#)
12. [Annexe n° 2 : détail des garanties en santé](#)
13. [Annexe n° 3 : détail des garanties en santé pour les bénéficiaires exerçant à l'étranger](#)

1. LA PROTECTION : SANTÉ ET PRÉVOYANCE

L'accord concerne :

- **LA SANTÉ** – *couvre la maladie, la maternité, l'accident, la santé en général*

Adhésion obligatoire pour les actifs – sauf dispenses d'adhésion définies dans [l'art. 3 du D.2022-633](#) (cf. 7. La dispense d'adhésion : pour qui ?)

Cette protection comprend un socle de prestations de base (« panier de soins »), et propose 2 paliers d'options complémentaires **facultatifs** pour améliorer ce socle : 1^{er} palier autour de 12 € et 2^e palier autour de 25 €.

L'État employeur prend en charge la cotisation des agents actifs pour la partie obligatoire à hauteur de 50% de la cotisation d'équilibre (réévaluée chaque année, actuellement estimée à environ 30 à 40 €), et au titre de deux options, à hauteur de 50 % de leur coût total dans la limite de 5 € par mois.

L'[annexe 2](#) énumère les garanties du socle et des options (cf. à la fin de cette fiche)

- **LA PRÉVOYANCE** – *couvre les pertes de revenus liées à l'inaptitude, à l'incapacité de travail, à l'invalidité, ou décès.*

Adhésion facultative

En plus de la couverture socle, 2 options (cumulables) :

- option A :
 - maintien de 80 % de la rémunération globale des personnels titulaires et contractuels, pendant la durée du CMO rémunéré à mi-traitement ;
 - maintien de 80 % de la rémunération globale, en CLD les 4^e et 5^e années ;
 - maintien de 80 % de la rémunération en dispo pour raison de santé.



- option B :
 - frais d'obsèques ;
 - perte d'autonomie.

L'employeur participe à hauteur de 7 euros par mois au financement de la cotisation des bénéficiaires actifs pour le socle interministériel de garanties du régime complémentaire de prévoyance sélectionné par le marché public.

[Retour sommaire](#)

2. LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME EN SANTÉ :

Quelles que soient les catégories de bénéficiaires, quels que soient leur âge, leur état de santé ou la date à laquelle débute leur adhésion, **les garanties dont ils bénéficient sont identiques.**

- **Les actifs** percevant une rémunération ou allocation : titulaires, stagiaires, contractuels (y compris de droit privé si pas déjà couverts par un contrat collectif), ouvriers, maîtres contractuels et agréés du privé sous contrat... *NB : sont aussi « actifs » les agents placés en congé parental, dispo pour raison de santé (DRS), congé pour raison de santé, maternité ou charge parentale, congé de proche aidant, de présence parentale, de solidarité familiale, congé de formation professionnelle.*
- **Les retraités** percevant une pension d'un régime de la FPE et ayant cessé définitivement toute activité (une reprise d'activité rémunérée ouvrant droit à pension annule définitivement l'adhésion sans possibilité de renouveler). *NB : les retraités au moment de l'entrée en vigueur du contrat disposeront d'un délai d'1 an pour réclamer l'adhésion (qui ne sera pas refusée). Les adhérents futurs retraités disposeront d'un an après le départ en retraite pour décider de conserver le contrat collectif ou souscrire un nouveau contrat individuel.*
- **Les ayants droit** d'un bénéficiaire : conjoint non séparé (y compris survivant), PACSé, concubin, enfant (y compris orphelin) ou petit-enfant du bénéficiaire ou de son conjoint ou PACSé ou concubin, s'il a moins de 21 ans ou s'il a moins de 25 ans et qu'il poursuit des études ou est en contrat d'apprentissage ou demandeur d'emploi, ou s'il est reconnu handicapé par la CDAPH. *NB : La demande d'adhésion de l'ayant droit survivant ou orphelin doit être formulée dans le délai d'un 1 à compter du décès. Les ayants droit doivent souscrire le même contrat, avec les mêmes options, que le bénéficiaire dont ils dépendent (tarifs dégressifs pour les enfants).*

[Retour sommaire](#)

3. LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME EN PRÉVOYANCE (COUVERTURE FACULTATIVE) :

Seuls sont concernés les **actifs**, titulaires, stagiaires et contractuels, les maîtres contractuels et délégués et les documentalistes du privé sous contrat, les ouvriers. *NB : pour les agents en disponibilité ou en congé parental non rémunérés, le contrat est suspendu jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant de l'incapacité et de l'invalidité (les garanties décès restent en vigueur).*

Pour info, les ayants droit et retraités peuvent souscrire 2 options additionnelles en prévoyance, à leur charge exclusive, couvrant notamment les frais d'obsèques et la perte d'autonomie.

[Retour sommaire](#)



4. EN CAS D'AFFECTATION À L'ÉTRANGER OU EN OUTRE-MER

- Outre-mer (hors Mayotte) et Polynésie française : les agents bénéficient de cet accord.
- Mayotte et St-Pierre-et-M. : adhésion exclusive au régime de sécurité sociale de droit local.
- Nouvelle Calédonie : depuis moins de 6 mois = les agents bénéficient de cet accord ; + de 6 mois = adhésion exclusive au régime de sécurité sociale de droit local.
- Wallis-et-Futuna : gratuité des soins.
- Étranger :
 - Agents exerçant à l'étranger (hors contrats locaux) via AEFÉ, réseau de coopération et action culturelle et agents exerçant à l'étranger employés et rémunérés par un service, un établissement public ou une autorité du MENJSOP ou du HCERES : garanties sociales en santé.
 - Contrats locaux : bénéficient de l'accord s'ils adhèrent volontairement au régime général de sécurité sociale.

Détail des garanties en santé pour les bénéficiaires exerçant à l'étranger : cf. point n°13 - [ANNEXE 3](#)

[Retour sommaire](#)

5. LE CALCUL DES COTISATIONS

• Pour les actifs

Les cotisations ne dépendent pas de l'âge, ni de la santé.

Elles comprennent trois parts :

- **Part employeur forfaitaire** : **50 %** de la cotisation d'équilibre (estimée en 2024 à une moyenne de 60 €) ;
- **Part individuelle forfaitaire** s'élevant à **20 %** de la cotisation d'équilibre ; ou 50% pour les actifs en situation de congé ou DRS (cf. 4. Les bénéficiaires du régime en santé)
- **Part individuelle solidaire** représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne **30 %** de la cotisation d'équilibre ; calculée avec **coefficient selon % de la rémunération** dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale.

• Pour les ayants droit

- **Conjoints, PACSés, concubins** des bénéficiaires actifs : maxi 110 % de la cotisation d'équilibre pour le socle ; cotisation égale aux actifs pour les options.
- **Enfants et petits-enfants de moins de 21 ans** à charge : 50% de la cotisation d'équilibre, plafonnée à deux enfants ; options : 1^{er} enfant = ½ de la cotisation totale d'adhésion aux options du bénéficiaire actif pour le 1^{er} enfant, 2^e enfant = ¼ ; gratuites à partir du 3^e enfant.
- **Autres enfants** : 100 % du montant de la cotisation d'équilibre pour le socle. Cotisation totale d'adhésion aux options des bénéficiaires actifs.

• Pour les retraités

La cotisation est plafonnée à **175 %** de la cotisation d'équilibre et évolue en fonction de l'âge par tranches annuelles à/c de 25 ans, s'agissant des retraites pour invalidité, et jusqu'à **70 ans** (contre 75 ans dans l'accord interministériel de janvier 2022).



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

Concrètement, « combien je vais payer ? »

Difficile à dire à ce stade : on ne connaît pas la cotisation d'équilibre du jour de l'entrée en vigueur, à partir de laquelle seront calculées les différentes parts. Cette cotisation d'équilibre est actuellement évaluée à 60 €, ce qui élève la prise en charge à 50% de l'employeur à 30 €. Celle-ci évoluera tous les ans. Le SNALC, membre de la CPPS (Commission paritaire de pilotage et de suivi), sera associé aux discussions à ce sujet. Le reste à charge se divise en 20 % fixe et 30 % coefficienté selon votre rémunération. Pour faire simple, nous allons l'évaluer à 35 €. Ceci pour la partie santé. À cela, ajoutons la prévoyance (facultative), que l'État rembourse à hauteur de 7 €. Pour une prévoyance à 17 € environ, cela reviendrait à 10€. Nous arriverions à un total de 45 € pour une couverture de Santé + prévoyance, sans options additionnelles.

[Retour sommaire](#)

6. POURQUOI UNE ADHÉSION OBLIGATOIRE ?

L'État ne s'engageait à participer à hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre que sur la base d'un « contrat collectif à adhésion obligatoire ».

Les organisations syndicales ont à la quasi-unanimité (hors CFTD) réclamé le retrait de ce caractère obligatoire qui prive les adhérents de libre choix d'une part, et de toute forme de mise en concurrence et donc de perspective d'amélioration des prestations d'autre part. L'État a répondu que cette contrainte lui permettrait de négocier des contrats suffisamment et durablement avantageux pour que chacun y trouve son meilleur intérêt.

Modulons cette réponse : viser la satisfaction de « chacun » dans des ministères qui comptent plus de deux millions d'agents est totalement illusoire. Il y aura forcément des cas où des agents auront de bonnes raisons d'être insatisfaits de cet accord. Le SNALC, et les organisations syndicales en général, œuvrent pour que les avantages obtenus « collectivement » profitent avantagement et largement au plus grand nombre – ce qui sera le cas avec l'application de cet accord. Il existe toutefois plusieurs cas de dispense (cf. 7. La dispense d'adhésion : pour qui ?) négociés notamment pour ceux pour qui sont déjà bien couverts par un autre accord collectif avantageux en tant qu'ayants droit.

L'accord du 8 avril 2024 propose un socle de garanties (cf. [Annexe 2](#), ci-dessous) globalement supérieures à celles du contrat qui, actuellement à la MGEN, qu'on l'estime suffisant ou non, a été choisi par la quasi-totalité des adhérents (« [Référence](#) »), et qui lui-même proposait des garanties supérieures à celles que contenait le panier de soins choisi par le MEN lors de la convention de référencement de 2017, sur lequel était calculée sa (faible) part forfaitaire.

Pour comparaison, dans le privé, l'accord national interprofessionnel (ANI) qui a généralisé la PSC obligatoire en entreprise depuis 2016, impose un panier de prestations inférieur au niveau de remboursement du contrat collectif de nos ministères.

Notons cependant que la mutuelle citée (« [Référence](#) ») intègre dans son tarif (+ élevé) les garanties « prévoyance » qui permettent de limiter la perte de revenus après 90 jours d'arrêt maladie. Ce volet prévoyance du contrat collectif de l'EN a été inclus dans le volet prévoyance, facultatif, de l'accord.



La négociation d'un contrat collectif obligatoire santé aura permis d'obtenir :

- La prise en charge d'un minimum de 30 à 40 € environ (contre 15 € brut actuellement, 12 € net) ;
- Une couverture et des remboursements supérieurs à ceux du privé et aux contrats actuellement détenus par la plupart des adhérents des trois mutuelles référencées ;
- Le caractère solidaire
 - familial : 50% puis gratuité à partir du 3^e enfant ;
 - générationnel : plafonnement à 175 % ; pas d'augmentation après 70 ans ;
 - indiciaire : 30 % de la cotisation d'équilibre coefficientés sur la rémunération brute ;
- L'absence de questionnaire de santé ;
- Les cas de dispense d'adhésion, notamment en cas de meilleur accord en solidarité familiale.

[Retour sommaire](#)

7. LA DISPENSE D'ADHÉSION : POUR QUI ?

Pour les actifs, les cas de dispense figurent en [article 3](#) de l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire. Ils concernent notamment les agents déjà couverts par un contrat collectif familial comme ayants droit (conjoint...). L'inverse sera également possible si le conjoint décide de devenir ayant droit de l'actif d'un contrat EN.

Art.3. Les bénéficiaires actifs adhèrent obligatoirement, i.e. souscrivent obligatoirement, aux contrats collectifs. Peuvent toutefois se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants à leur employeur public de l'État :

1. Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
2. Les agents couverts 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 des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'État ou de la prise de fonctions si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois ;
3. Les agents bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
4. Les agents bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - a) Dispositifs de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Dispositif de couverture individuelle dit versement santé prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (la CAMIEG) ;
 - d) Dispositifs de couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

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

L'État s'engage à inscrire ces éléments dans le projet de décret pris en application de l'article 1er de l'ordonnance du 17 février 2021.

À noter : deux conjoints bénéficiaires actifs à titre individuel relevant du même régime (par exemple un adjoint administratif de l'EN marié à un professeur du Supérieur) pourront choisir qui des deux sera l'ayant droit de l'autre, comme cela existe déjà dans le privé pour les contrats dits "familiaux et solidaires".



Pour les actifs ayants droit d'un autre contrat (conjoint), il conviendra de bien examiner les clauses du contrat du conjoint : certains contrats ne permettent de prendre en charge l'adhésion du conjoint que si ce dernier n'est pas soumis de son côté à un système d'adhésion obligatoire.

[Retour sommaire](#)

8. COMMENT SE FERA LA TRANSITION VERS LA PSC COLLECTIVE ?

La plupart des mutuelles prévoient qu'en cas d'adhésion à une mutuelle obligatoire, la résiliation du contrat sera effective au 1^{er} du mois suivant la demande (c'est le cas à la MGEN). Nous vous conseillons cependant de consulter votre contrat afin de connaître les modalités de résiliation en cas d'adhésion à une mutuelle obligatoire et éviter de payer 2 complémentaires santé simultanément.

Contrairement à beaucoup de mutuelles, et vu qu'il s'agit d'un contrat collectif obligatoire et non d'un contrat individuel, aucun délai de carence n'est prévu : il n'y aura donc pas de période d'attente entre la souscription de la complémentaire santé et le remboursement des soins.

[Retour sommaire](#)

9. LE CHOIX DU PRESTATAIRE

Le prestataire n'est pas encore connu. Le contrat sera signé pour 4 ans et renouvelable dans la limite de 6 ans. C'est le prestataire qui fixera la cotisation d'équilibre (actuellement estimée à 60 €, pouvant évoluer d'ici la mise en place), sous le contrôle de la CPPS.

Actuellement, trois organismes ont déjà une [convention de référencement](#) dans l'EN pour la période de 2018 à 2025 : [CNP Assurances](#), [Intériale Mutuelle](#) et [MGEN](#). Pour ces mutuelles, le ministère de l'EN participe au financement des contrats proposés aux adhérents EN (3 % à 6 %).

Le prestataire retenu fera des campagnes d'information et de prévention en santé à destination des bénéficiaires. Il aura interdiction de réutiliser les données recueillies à des fins de démarchage, et l'interdiction de proposer des options concurrentes (déjà proposées dans le régime).

Il proposera une offre de services aux bénéficiaires, notamment une implantation dans chaque département, un réseau de soins, un service de téléconsultation, une **assistance**, dont l'aide à domicile, l'aide aux devoirs (en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation), l'assistance lors de voyages ou déplacements, l'aide juridique, l'accompagnement dans les démarches administratives et le soutien psychologique.

10. L'ENTRÉE EN VIGUEUR : REPORTS ET RETARD

Le calendrier de l'entrée en vigueur de la complémentaire santé doit tenir compte de la fin des contrats de référencement actuels, fixée au 1^{er} janvier 2025 pour nos ministères.

Initialement prévue en 2024, reportée à janvier 2025, puis en juillet 2025, l'entrée en vigueur du contrat santé et prévoyance devrait se faire début 2026.

Les raisons de ce retard sont liées à des difficultés juridiques ou techniques... En attendant, il est indubitable que verser 15 € au lieu de 30 à 40€ depuis deux ans a dû permettre de faire quelques économies substantielles et bienvenues dans un contexte de déficit public important. Et cette différence, pour le moment, est à la charge des agents.

Dès l'entrée en vigueur, ce dispositif mettra fin au dispositif temporaire de remboursement de 15 € aux



agents. En attendant, le SNALC demande que le remboursement forfaitaire soit augmenté pour correspondre à la part forfaitaire des 50% annoncée.

[Retour sommaire](#)

11. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

NOR : TFPF2124083D

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044030655>

Accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État (retranscrit dans le décret n°22633 du 22 avril 2022)

NOR : TFPF2207041O

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300369>

Décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État

NOR : TFPF2202942D

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045641233>

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'État

NOR : TFPF2212023A

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045843371>

Accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'État

NOR : TFPF2329188O

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048798093>

Accord du 8 avril 2024 concernant la protection sociale complémentaire au MENJ, au MESR et au MSJOP

NOR : MENH2410111O

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049486828>

[Retour sommaire](#)



12. ANNEXE N° 2 DE L'ACCORD : DÉTAIL DES GARANTIES EN SANTÉ

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

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



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



Équipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	-	-
Verres	Cf. grille optique	-	-
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	-	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	-	-
Grille optique			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6	60 €	-	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	-	130 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	-	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	-	130 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	-	130 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	-	130 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	-	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	-	240 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	-	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	-	190 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	-	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	-	240 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	-	240 €
Catégorie Autres postes			
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	-	-
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	-	-
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	-	-
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	-	-
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	-	-

[Retour sommaire](#)



13. **ANNEXE N° 3 DE L'ACCORD** : DÉTAIL DES GARANTIES EN SANTÉ POUR LES BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME EXERÇANT À L'ÉTRANGER

Les garanties sont plafonnées à 300.000 € par an et par bénéficiaire pour les soins réalisés à l'étranger.

Poste de soins	Soins réalisés à l'étranger
Catégorie Hospitalisation et Soins courants	
Hospitalisation	
Honoraires	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90 % FR
Forfaits et frais de séjours	
Forfait journalier hospitalier	90 % FR
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	-
Frais de séjour	90 % FR
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	68 € / nuit
Soins de suite	68 € / nuit
Psychiatrie	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	38,50 € / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Actes techniques médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	90% FR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90% FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90% FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	90 % FR
Analyses et examens de laboratoire en affection de longue durée	100% FR
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	90% FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	90% FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	100 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	150 % BRR
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	90% FR
Catégorie Dentaire	
Dentaire	



Soins et prothèses 100% Santé	-
Soins (hors 100% Santé)	90% FR
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	-
Prothèses (hors 100% Santé)	
Panier Maitrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	320% BRR
Prothèses amovibles	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	320% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	320% BRR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent visible	320% BRR
Prothèses amovibles sur dent non visible	320% BRR
Prothèses provisoires	320% BRR
Inlay Core	140% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Implantologie	
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)
Implants	500 € / implant (max. 2/an)
Prothèses dentaires non prises en charge	225% BRR
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	255% BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	225% BRR
Catégorie Aides auditives	
Aides auditives	
Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	1.200 €
Catégorie Optique	
Optique	
Equipements 100% Santé	-
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	130 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an
Grille optique	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	350 €
Catégorie Autres postes	
Autres postes	



Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BRR
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 30 € / séance)
Psychologue	8 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BRR
Services spécifiques	
Rapatriement sanitaire	100% FR

[Retour sommaire](#)