



MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE LA SOUVERAINETÉ  
ALIMENTAIRE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

---

# Protection sociale complémentaire



*Cette foire aux questions concerne plus particulièrement les agents en qualité de bénéficiaires du futur dispositif de protection sociale complémentaire en santé, ou les gestionnaires RH en charge de l'accompagnement de son déploiement. Un volet relatif à la prévoyance sera intégré dans une prochaine version.*

**Cette version est datée du 3 juin 2024. Elle sera régulièrement mise à jour.**

La [protection sociale complémentaire \(PSC\)](#) s'inscrit dans un cadre réglementaire interministériel précis :

Ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique
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'Etat.
Accord interministériel du 26 janvier 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
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'Etat publié au JO du 24 avril 2022
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.

Au sein du MASA :

<a href="#">Accord de méthode relatif à la conduite des négociations relatives à la PSC signé à l'unanimité des organisations syndicales le 11 juillet 2023</a>
<a href="#">Accord collectif instituant un régime complémentaire de remboursement des frais de santé pour les agents du MASA du 22 mai 2024</a>

### **Contexte :**

Dans le secteur privé, l'employeur est tenu, depuis 2016, de participer à la protection sociale complémentaire santé (PSC) des salariés, à hauteur de 50% minimum. Dans un objectif d'alignement, et afin de garantir un bon niveau de prise en charge du risque « santé » pour les agents de l'Etat, il a été décidé de réformer le régime de participation financière des employeurs publics à la protection sociale complémentaire, jusqu'alors non obligatoire.

Le ministère de la Transformation et de la Fonction publiques et les organisations syndicales représentatives de la fonction publique d'Etat ont conclu un accord interministériel signé à l'unanimité le 26 janvier 2022 et fixant les grands principes de la réforme de la PSC :

1/ un dispositif mutualisé de couverture santé complémentaire aux remboursements de la sécurité sociale accessible pour tous dès le premier jour d'embauche sans condition d'âge, ni d'ancienneté et sans questionnaire médical<sup>1</sup>, avec une participation significative de l'employeur au financement de cette complémentaire santé ;

---

<sup>1</sup> Voir volet B pour les questions relatives au périmètre d'application

2/ la mise en place d'un panier de soins, c'est-à-dire un socle de garanties destinées à couvrir les frais de santé occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident :

- commun aux différents ministères et établissements employant des agents de la fonction publique de l'Etat,
- de qualité, à un coût maîtrisé, avec des garanties supérieures aux minima de la sécurité sociale permettant d'assurer un socle commun pour tous les ministères, dans une perspective d'homogénéisation et de renforcement de l'attractivité ;

3/ d'importants mécanismes de solidarité qui constituent une avancée sociale significative, prenant la forme de solidarité entre actifs ainsi qu'au plan familial et intergénérationnel (entre actifs et retraités) ;

4/ enfin, la mise en place de prestations sociales, en lien avec la protection en santé, sous conditions de ressources est prévue.

### Déclinaison de l'accord interministériel en matière de protection sociale au MASA :

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, le MASA financera à hauteur de 50 % les garanties minimales de la couverture santé collective définies par le code de la sécurité sociale constituant la complémentaire santé de ses agents.

Tous les [agents actifs](#) devront adhérer au(x) contrat(s) collectif(s) auprès de l'organisme de PSC qui aura été sélectionné dans le cadre d'une mise en concurrence (marché notifié en juin).

Les retraités et les ayants droit des actifs et des retraités auront la possibilité d'adhérer au(x) contrat(s) collectif(s) souscrit(s), de manière facultative, avec des garanties identiques à celles proposées aux agents actifs.

Au-delà des garanties minimales susmentionnées, l'accord collectif du 22 mai 2024 prévoit aussi 3 niveaux de garanties optionnelles qui pourront être souscrites par les bénéficiaires susmentionnées, à titre facultatif. Les tableaux de prestations relatifs à ces niveaux de garanties optionnelles ont été définies dans l'annexe 3 de l'accord et sont reprises en annexe de la FAQ.

## Table des matières

<b>A- Présentation du nouveau régime de PSC Santé .....</b>	<b>6</b>
<i>A1. Quelle est la nature de ce nouveau régime par rapport au référencement actuel existant au sein du MASA ?.....</i>	<i>6</i>
<i>A2. A quelle date le nouveau régime doit-il être mis en place ?.....</i>	<i>6</i>
<i>A3. Comment s'articule ce nouveau dispositif par rapport à la prise en charge forfaitaire actuelle de 15 euros par mois ?.....</i>	<i>6</i>
<b>B- Champ d'application du nouveau régime de PSC santé.....</b>	<b>6</b>
<i>B1. Quels sont les établissements, opérateurs (...) qui seront couverts par le(s) contrat(s) collectif(s) de PSC santé du MASA ?.....</i>	<i>6</i>
<i>B2. Qui sont les bénéficiaires ?.....</i>	<i>7</i>
<i>B3. De quel dispositif est-ce que je relève si je suis affecté en Outre-mer ?.....</i>	<i>8</i>
<i>B4. Je suis en détachement auprès du MASA, de quel régime je dépends ? .....</i>	<i>9</i>
<i>B5. Quelle procédure dois-je mettre en œuvre pour basculer de ma mutuelle actuelle à la complémentaire PSC santé MASA ? .....</i>	<i>9</i>
<i>B6. Dois-je résilier ma mutuelle actuelle ?.....</i>	<i>9</i>
<i>B7. Si je change d'administration après le 1<sup>er</sup> janvier 2025, serais-je obligé(e) de résilier mon contrat de protection sociale complémentaire (PSC) MASA et d'adhérer au contrat de protection sociale complémentaire de mon nouvel employeur public ? .....</i>	<i>10</i>
<i>B8. Je suis contractuel(le), que se passe-t-il à la fin de mon contrat de travail si je suis au chômage ? Est-ce que je continue à bénéficier de la PSC Santé du MASA ?.....</i>	<i>10</i>
<i>B9. Est-ce que je serai couvert(e) quand je serai à la retraite ?.....</i>	<i>10</i>
<i>B10. En tant que retraité(e), est-ce que les cotisations varieront selon mon âge ?.....</i>	<i>10</i>
<i>B11. En tant que retraité(e), mon ancien employeur participera-t-il à hauteur de 50% à ma cotisation ? .....</i>	<i>10</i>
<i>B12. Mon conjoint sera-t-il couvert quand je serai retraité ?.....</i>	<i>10</i>
<i>B13. Pourrai-je affilier un seul de mes enfants ?.....</i>	<i>10</i>
<i>B14. Puis-je prendre des options différentes pour moi et mes ayants droits ? .....</i>	<i>10</i>
<i>B15. Est-ce qu'il sera possible de conserver ma complémentaire santé / mutuelle actuelle ?..</i>	<i>11</i>
<i>B16. Je bénéficie déjà de la mutuelle de mon conjoint, suis-je dans l'obligation de la résilier pour adhérer à la complémentaire santé mise en place par le MASA ? .....</i>	<i>11</i>
<i>B17. Je suis agent du MASA et mon conjoint est affecté au MTECT, est-il possible d'adhérer à la complémentaire santé de notre choix ? .....</i>	<i>11</i>
<i>B18. Quels sont les cas de dispense à l'obligation d'adhérer à la couverture des frais de santé mise en place au MASA ?.....</i>	<i>11</i>

<i>B19. Est-il possible de contracter une surcomplémentaire auprès d'un autre organisme de complémentaire santé ?</i>	12
<i>B20. L'époux(se) survivant(e) ou l'enfant orphelin d'un bénéficiaire actif ou retraité décédé qui perçoit une pension de réversion ou d'orphelin, peut-il/elle adhérer ou continuer à adhérer ?</i>	12
<i>B21. Un enfant confié par décision de justice à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ou à la personne qui vit en couple avec ce bénéficiaire actif ou retraité peut-il bénéficier de la complémentaire santé qui sera mise en place par le MASA ?</i>	12
<i>B22. Dans le cadre d'une famille monoparentale avec un ou plusieurs enfants, les conditions d'adhésion sont-elles identiques ?</i>	12
<i>B23. Par quels moyens la mutuelle retenue communiquera les caractéristiques de son offre, les options et tarifs ? Est-ce qu'une documentation sera mise à disposition ? Des réunions seront-elles organisées ?</i>	12
<i>B24. Qui sera mon interlocuteur au quotidien concernant le suivi de mon contrat ?</i>	12
<i>B25. Mon contrat actuel de santé est couplé à un contrat de prévoyance, dois-je résilier l'ensemble du contrat santé et prévoyance ?</i>	12
<b>C- La cotisation des bénéficiaires actifs</b>	<b>13</b>
<i>C1. Quelles sont les principes fondamentaux des cotisations ?</i>	13
<i>C2. Quel est le niveau de participation de l'employeur au financement de la couverture collective ?</i>	13
<i>C3. Comment sont calculées les cotisations des bénéficiaires actifs ?</i>	13
<i>Cotisation d'équilibre</i>	13
<i>C4. Quels sont les avantages fiscaux du nouveau régime ?</i>	14
<b>D- Les mécanismes de solidarité</b>	<b>14</b>
<i>D1. Qui est concerné par les mécanismes de solidarité ?</i>	14
<i>ANNEXE N°1 : Tableaux de prestations relatifs aux garanties optionnelles</i>	15
<i>GLOSSAIRE</i>	24

## A- Présentation du nouveau régime de PSC Santé

A1. Quelle est la nature de ce nouveau régime par rapport au référencement actuel existant au sein du MASA ?

Le dispositif de référencement, mis en place par le MASA en 2007, organise la participation de l'employeur public, non pas sur la base d'une participation aux cotisations dues par les bénéficiaires actifs, mais sur un financement exclusif des organismes de PSC.

**Le nouveau régime prévoit**, quant à lui, **la mise en place d'une PSC santé collective et obligatoire** pour les agents actifs (sauf cas de dispenses) prise en charge à hauteur de 50% par l'employeur, à l'instar de ce qui a été mis en place dans le secteur privé.

Des garanties optionnelles pourront également être souscrites à titre facultatif par les bénéficiaires des contrats, avec une prise en charge par l'employeur limitée à 5 euros par mois et par agent actif, toutes options confondues.

A2. A quelle date le nouveau régime doit-il être mis en place ?

Pour le MASA, ce nouveau régime prendra effet **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025**, aux termes des conventions de référencement actuelles conclues avec les trois organismes de complémentaire santé/prévoyance (Harmonie Mutuelle, AG2R et Groupama).

A3. Comment s'articule ce nouveau dispositif par rapport à la prise en charge forfaitaire actuelle de 15 euros par mois ?

Actuellement, l'employeur verse une participation forfaitaire de 15€ par mois pour tous les agents adhérents d'un contrat de PSC. A partir de 2025, l'employeur participera au financement de la cotisation du panier de soins socle proposé aux agents à hauteur de 50%, nettement supérieur et mettant fin par ailleurs au versement forfaitaire de 15 euros.

## B- Champ d'application du nouveau régime de PSC santé

B1. Quels sont les établissements, opérateurs (...) qui seront couverts par le(s) contrat(s) collectif(s) de PSC santé du MASA ?

Le périmètre des futurs contrats collectifs est le suivant :

- les agents employés et rémunérés sur les programmes du MASA affectés en administration centrale, en services déconcentrés (DRAAF/DAAF/DDI) et dans l'enseignement technique agricole – établissements publics et privés sous convention, y compris les agents rémunérés sur le budget de l'établissement (ACB) ;
- les agents des établissements d'enseignement supérieur agricole public du MASA y compris les agents rémunérés sur le budget de l'établissement (ACB) ;
- les agents des 6 opérateurs suivants : ASP, ODEADOM, INAO, INFOMA, FAM et l'IFCE.

## B2. Qui sont les bénéficiaires ?

Plusieurs catégories de bénéficiaires seront couvertes par le contrat collectif santé du MASA :

- De façon obligatoire : les [actifs](#), sachant que des cas de dispense sont prévus ;
- De façon facultative : Les retraités et les [ayants droit](#) des actifs et des retraités.

Bénéficiaires actifs	Bénéficiaires retraités	Bénéficiaires ayants droit
<ul style="list-style-type: none"><li>→ Agents employés et rémunérés par le MASA et des établissements précités ;</li><li>→ Agents en congé parental, congés sans rémunération ou salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales, en disponibilité pour raison de santé, en congés d'aidant, congé de formation professionnelle etc.</li></ul>	<p>Double condition :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Avoir liquidé ses droits à pension ;</li><li>→ Avoir cessé toute activité au moment de la liquidation de la pension.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Conjoints pacsés et concubins ;</li><li>→ Enfants à charge jusqu'à 25 ans (sans limite d'âge pour les enfants en situation de handicap) ;</li><li>→ Veufs/veuves et orphelins/orphelines.</li></ul>



	Adhésion (hors cas de dispense)	Prise en charge par l'employeur du panier de soins interministériel
<b>Agents actifs</b>		
Fonctionnaires civils de l'Etat	Obligatoire	50%
Fonctionnaires stagiaires de l'Etat	Obligatoire	50%
Agents contractuels de droit public	Obligatoire	50%
Agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale	Obligatoire	50%
Ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du CGFP	Obligatoire	50%
Actif en congé parental	Obligatoire	50%
Actif en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou charges parentales	Obligatoire	50%
Actif en congé de proche aidant, de présence parentale et congé de solidarité familiale	Obligatoire	50%
Actif en congé de formation professionnelle	Obligatoire	50%
<b>Retraités</b>		
Retraités	Facultative	0%
<b>Ayants droit</b>		
Conjoints, pacsés et concubins	Facultative	0%
Enfants ou petits-enfants à charge jusqu'à 25 ans (sans limite d'âge en cas de handicap)	Facultative	0%
Veufs/veuves	Facultative	0%
Orphelins/orphelines	Facultative	0%
<b>Cas particuliers</b>		
Personnel militaire en position normale d'activité	Adhésion obligatoire à la PSC du Minarm	50%
Personnel militaire en détachement	Adhésion obligatoire à la PSC de son employeur	50%
Apprentis	Obligatoire	50%
Agents avec suspension de contrat (dont disponibilité pour création d'entreprise, etc.)	Facultative	0%
Contrat de courte durée	Obligatoire	50%
Stagiaires non employés et rémunérés par un employeur public (hors fonctionnaires stagiaires)	Non couverts	-
Services civiques	Non couverts	-

B3. De quel dispositif est-ce que je relève si je suis affecté en Outre-mer ?

Le régime de PSC obligatoire est applicable aux agents affectés en Outre-mer et affiliés à la Sécurité sociale française (DOM-ROM).

En revanche, ce régime n'est pas applicable pour les agents affectés en Outre-mer et affiliés à une caisse locale où la législation française de sécurité sociale ne s'applique pas (Mayotte, COM hors Wallis-et-Futuna- et Polynésie française).

#### B4. Je suis en détachement auprès du MASA, de quel régime je dépends ?

Pour les agents en détachement, en position normale d'activité (PNA), ou mis à disposition (MAD), le régime de PSC applicable est celui mis en place par l'administration qui rémunère l'agent (sauf cas exceptionnels).

Position de l'agent	Organisme payeur	Régime PSC applicable
Agent (autres administrations) en détachement entrant	MASA	Affiliation à la PSC du MASA
Agent MASA en détachement sortant	Autre	Affiliation à la PSC de l'administration d'accueil
Agent (autres administrations) en PNA entrant	MASA	Affiliation à la PSC du MASA
Agent MASA en PNA sortant	Autre	Affiliation à la PSC de l'administration d'accueil
Agent (autres administrations) en MAD entrant	Autre	Affiliation à la PSC de son administration d'origine
Agent MASA en MAD sortant	MASA	Affiliation à la PSC du MASA

#### B5. Quelle procédure dois-je mettre en œuvre pour basculer de ma mutuelle actuelle à la complémentaire PSC santé MASA ?

En raison du caractère obligatoire du contrat collectif, c'est le MASA qui procédera automatiquement à l'affiliation de tous les agents actifs au nouveau régime complémentaire, hors cas de dispense ([Voir question sur les dispenses](#)).

#### B6. Dois-je résilier ma mutuelle actuelle ?

Plusieurs cas de figure sont possibles :

- Je n'ai pas de mutuelle à ce jour :

Vous n'avez pas de démarche spécifique à entreprendre, le MASA procédera à votre affiliation au nouveau régime.

- Je suis actuellement adhérent à l'une mutuelle référencée au MASA (AG2R, Groupama ou Harmonie Mutuelle) :

Si vous êtes dans ce cas de figure, votre contrat s'arrêtera au 31 décembre 2024. Vous serez automatiquement affilié(e) au 1<sup>er</sup> janvier 2025 au nouveau contrat collectif de protection sociale complémentaire négocié par le MASA. Vous n'aurez pas de démarche complémentaire à faire.

- J'ai une mutuelle individuelle prise en dehors du référencement MASA :

Dans cette hypothèse, vous devrez résilier votre contrat actuel, sauf si vous relevez d'une situation ouvrant droit à [dispense](#) et que vous souhaitez la faire valoir. Il vous est donc recommandé de prendre l'attache de votre assureur afin de connaître les délais de préavis.

**B7. Si je change d'administration après le 1<sup>er</sup> janvier 2025, serais-je obligé(e) de résilier mon contrat de protection sociale complémentaire (PSC) MASA et d'adhérer au contrat de protection sociale complémentaire de mon nouvel employeur public ?**

Oui, même si le prestataire est le même que celui choisi par votre nouvel employeur public, il sera mis fin à votre affiliation à la PSC santé du MASA.

Il appartiendra à votre nouvel employeur public de vous affilier à son contrat collectif le cas échéant.

**B8. Je suis contractuel(le), que se passe-t-il à la fin de mon contrat de travail si je suis au chômage ? Est-ce que je continue à bénéficier de la PSC Santé du MASA ?**

Oui, votre adhésion au contrat collectif du MASA est maintenue à la condition que vous soyez indemnisé(e) au titre du régime d'assurance chômage. La durée du maintien de l'adhésion est limitée à la durée du contrat et ne peut excéder 12 mois. Aucune cotisation n'est exigée durant cette période. Vos ayants droit continuent également à bénéficier du maintien du contrat dans les mêmes conditions.

**B9. Est-ce que je serai couvert(e) quand je serai à la retraite ?**

Oui, vous pourrez continuer à bénéficier, sur demande, de la PSC mise en place par le MASA quand vous deviendrez retraité(e). Votre affiliation ne sera plus obligatoire et la cotisation sera alors entièrement à votre charge.

**B10. En tant que retraité(e), est-ce que les cotisations varieront selon mon âge ?**

Non, la cotisation ne variera pas en fonction de votre âge mais en fonction du nombre d'années écoulées depuis votre départ à la retraite. Des mécanismes limitant l'évolution du montant de la cotisation sont prévus.

**B11. En tant que retraité(e), mon ancien employeur participera-t-il à hauteur de 50% à ma cotisation ?**

Non, votre ancien employeur ne participera pas à la prise en charge de votre PSC. Des mécanismes de solidarité limitant la hausse du montant de la cotisation sont toutefois prévus.

**B12. Mon conjoint sera-t-il couvert quand je serai retraité ?**

Oui, votre conjoint, en tant qu'[ayant droit](#), aura la possibilité d'adhérer au contrat collectif PSC.

**B13. Pourrai-je affilier un seul de mes enfants ?**

Oui, vous pourrez affilier un seul de vos enfants à charge s'il est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans sous conditions (étudiant, apprenti ou demandeur d'emploi) ou s'il est reconnu en situation de handicap). Vous vous acquitterez du montant de la cotisation correspondante, sans participation financière de l'employeur.

**B14. Puis-je prendre des options différentes pour moi et mes ayants droits ?**

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

B15. Est-ce qu'il sera possible de conserver ma complémentaire santé / mutuelle actuelle ?

Sauf cas de dispense ([voir question sur les dispenses](#)), les agents devront résilier leur assurance/mutuelle individuelle (s'ils relèvent du référencement MASA, le contrat prendra fin sans démarche particulière au 31/12/24). Le nouveau dispositif prévoit un socle de garanties identiques pour tous les agents publics, complété au MASA par trois niveaux de garanties optionnelles permettant de couvrir les besoins des bénéficiaires.

Une participation plafonnée à 5 € est octroyée dans le cas d'une souscription d'option par l'agent actif quelle que soit l'option prise.

B16. Je bénéficie déjà de la mutuelle de mon conjoint, suis-je dans l'obligation de la résilier pour adhérer à la complémentaire santé mise en place par le MASA ?

Non, si vous bénéficiez du contrat collectif obligatoire de votre conjoint en qualité [d'ayant droit](#) soit à titre obligatoire ou à titre facultatif. Il s'agit d'un cas de dispense.

B17. Je suis agent du MASA et mon conjoint est affecté au MTECT, est-il possible d'adhérer à la complémentaire santé de notre choix ?

Oui, vous pouvez faire le choix d'adhérer à la complémentaire du MASA ou du MTECT. Cependant, en optant pour la complémentaire santé de votre conjoint, la cotisation sera entièrement à votre charge. Vous ne bénéficierez pas de la part employeur MASA.

B18. Quels sont les cas de dispense à l'obligation d'adhérer à la couverture des frais de santé mise en place au MASA ?

Les cas de dispenses des [agents actifs](#), prévus par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022, sont les suivants :

- ✚ Etre bénéficiaire de la couverture complémentaire santé solidaire (*article L 861-3 du code de la sécurité sociale*). La dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture.
- ✚ Etre couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais de santé à la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif 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.
- ✚ Bénéficiaire d'un contrat individuel de protection sociale complémentaire en santé en étant employé dans le cadre d'un contrat à durée déterminée.
- ✚ Etre bénéficiaire de l'un des dispositifs suivants :
  - couverture collective à adhésion obligatoire en qualité d'ayant droit dont l'adhésion peut être obligatoire ou facultative ;
  - couverture individuelle, en qualité d'ayant-droit, financée par le « versement santé » de l'employeur du titulaire du contrat ;
  - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
  - couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer aux contrats collectifs du MASA s'il remplit les conditions.

B19. Est-il possible de contracter une [surcomplémentaire](#) auprès d'un autre organisme de complémentaire santé ?

Oui, vous pouvez adhérer à une surcomplémentaire proposée par un organisme complémentaire de votre choix. L'employeur ne participe pas au financement de cette surcomplémentaire.

B20. L'époux(se) survivant(e) ou l'enfant orphelin d'un bénéficiaire actif ou retraité décédé qui perçoit une pension de réversion ou d'orphelin, peut-il/elle adhérer ou continuer à adhérer ?

Oui, le conjoint survivant (et/ou l'enfant orphelin) du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion, peut conserver à sa demande la qualité de bénéficiaire [ayant droit](#) après le décès du bénéficiaire actif ou retraité. Il doit pour cela formuler sa demande d'adhésion si celle-ci n'est pas effective dans un délai d'un an à compter du décès.

B21. Un enfant confié par décision de justice à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ou à la personne qui vit en couple avec ce bénéficiaire actif ou retraité peut-il bénéficier de la complémentaire santé qui sera mise en place par le MASA ?

Oui, un enfant confié par décision de justice, au bénéficiaire actif ou retraité, ou à leur conjoint ou à une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage ou à leur charge ne bénéficiant pas d'un dispositif de PSC peut adhérer à tout moment à condition d'être :

- âgé de moins de 21 ans ;
- âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi ;
- reconnu en situation de handicap.

B22. Dans le cadre d'une famille monoparentale avec un ou plusieurs enfants, les conditions d'adhésion sont-elles identiques ?

Oui, l'agent actif aura l'obligation d'adhérer au nouveau dispositif de PSC sauf cas de dispense (cf. [question sur les dispenses](#)). Ses [ayants droits](#) pourront bénéficier à titre facultatif de la même couverture santé. L'employeur ne participe pas au financement des cotisations des [ayants droits](#).

B23. Par quels moyens la mutuelle retenue communiquera les caractéristiques de son offre, les options et tarifs ? Est-ce qu'une documentation sera mise à disposition ? Des réunions seront-elles organisées ?

Des campagnes d'information seront organisées en temps utile avant l'entrée en vigueur du contrat collectif.

B24. Qui sera mon interlocuteur au quotidien concernant le suivi de mon contrat ?

Votre interlocuteur privilégié sera la mutuelle choisie par le MASA.

B25. Mon contrat actuel de santé est couplé à un contrat de prévoyance, dois-je résilier l'ensemble du contrat santé et prévoyance ?

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, vous devez résilier votre contrat de santé et rejoindre le contrat collectif retenu par le MASA.

En revanche, si vous le souhaitez, vous pouvez conserver votre contrat de prévoyance actuel ou adhérer à celui, facultatif, qui sera proposé par le MASA à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025 et qui fera l'objet d'une communication ultérieure.

## C- La cotisation des bénéficiaires actifs

### C1. Quelles sont les principes fondamentaux des cotisations ?

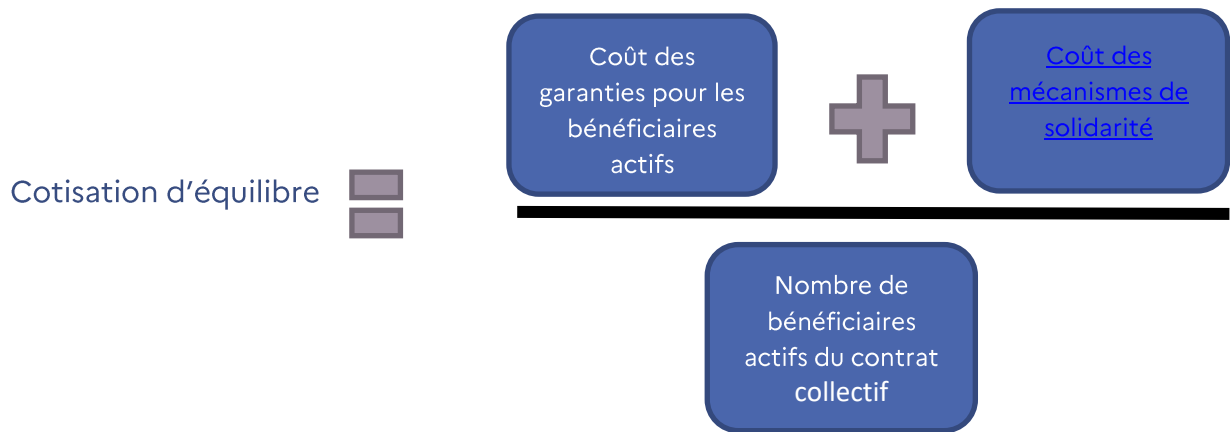
Les cotisations sont exprimées en euros et ne tiennent pas compte de l'état de santé de l'agent. Elles sont calculées sur la base de l'âge moyen des actifs du MASA.

### C2. Quel est le niveau de participation de l'employeur au financement de la couverture collective ?

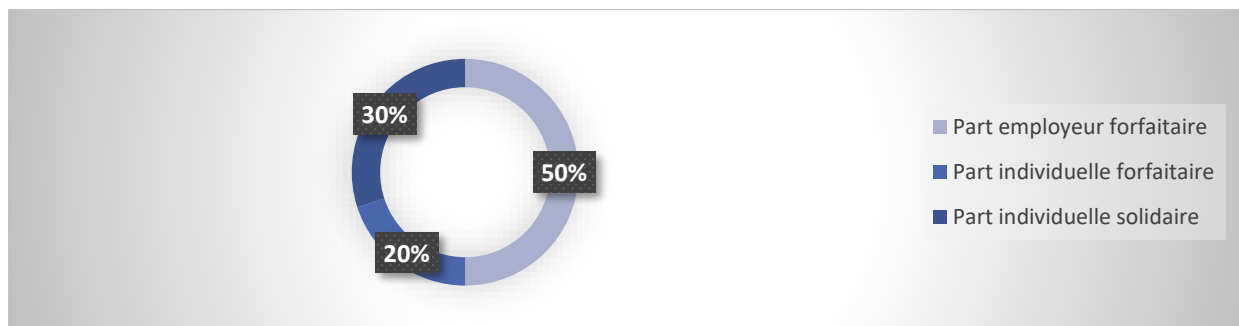
Il s'agit d'une participation forfaitaire dont le montant correspond à 50% de la cotisation d'équilibre (cf. question suivante), avec un complément d'au maximum 5 euros en cas de souscription à une option. La participation de l'employeur est réservée aux bénéficiaires actifs.

### C3. Comment sont calculées les cotisations des bénéficiaires actifs ?

Elles sont définies en référence à « une cotisation d'équilibre » du contrat collectif<sup>2</sup> :



Les cotisations sont constituées de trois parts exprimées en % de la cotisation d'équilibre :



La part individuelle solidaire est définie en fonction de la rémunération de l'agent dans la limite d'un plafond mensuel de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Hors cotisation additionnelle d'aide aux retraités et d'accompagnement social

#### C4. Quels sont les avantages fiscaux du nouveau régime ?

Les cotisations versées pour le panier de soin socle par les bénéficiaires actifs du contrat collectif à adhésion obligatoire, sont déductibles de la base d'imposition sur le revenu.

### D- Les mécanismes de solidarité

#### D1. Qui est concerné par les mécanismes de solidarité ?

Le nouveau régime prévoit des mécanismes de solidarité :

- entre actifs grâce à une modulation de la cotisation acquittée par l'agent (part individuelle solidaire) ;
- au profit des retraités grâce à une augmentation progressive et plafonnée de la cotisation ;
- à l'égard des enfants des bénéficiaires (gratuité pour le 3<sup>ème</sup> enfant) ;
- au profit des anciens agents non retraités et de leurs ayants droit déjà bénéficiaires du contrat collectif (maintien à titre gratuit des droits des anciens agents demandeurs d'emploi et indemnisés au titre du chômage).

## ANNEXE N°1 : Tableaux de prestations relatifs aux garanties optionnelles

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel	Option 1
<b>Poste Soins Courants</b>	
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
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité</b>	
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
<b>Poste Pharmacie</b>	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an



Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale  
et du panier de soins interministériel

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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale  
et du panier de soins interministériel

**Option 1**

<b>Poste Optique</b>	
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</b>	
Cylindre $\leq + 4$ , sphère de -8 à 0	175 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	175 € par verre
Cylindre $> + 4$ , sphère de -8 à 0	225 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $> + 8$	225 € par verre
Cylindre $\geq + 0,25$ , 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
Chirurgie Réfractive	400 € par oeil par an
<b>Poste appareils auditifs</b>	
<b>Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	1 400 € par prothèse
Classe 2, équipement à tarif libre	
<b>20 ans et plus</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	1 000 € par prothèse
Classe 2, équipement à tarif libre	
Piles, accessoires et réparation	100% BR
<b>Poste autres prothèses</b>	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	200% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR
<b>Poste cures thermales</b>	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	200 € par an
<b>Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss</b>	
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
Amniocentèse, 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**

<b>Poste Soins Courants</b>	
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
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité</b>	
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
<b>Poste Pharmacie</b>	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale  
et du panier de soins interministériel

**Option 2**

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

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du panier de soins interministériel

**Option 2**

<b>Poste Optique</b>	
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</b>	
Cylindre $\leq + 4$ , sphère de -8 à 0	220 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	220 € par verre
Cylindre $> + 4$ , sphère de -8 à 0	300 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $> + 8$	300 € par verre
Cylindre $\geq + 0,25$ , 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
Chirurgie Réfractive	500 € par oeil par an
<b>Poste appareils auditifs</b>	
<b>Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	1 400 € par prothèse
<b>20 ans et plus</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	1 200 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	100% BR
<b>Poste autres prothèses</b>	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	300% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	300% BR
<b>Poste cures thermales</b>	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	300 € par an
<b>Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss</b>	
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, étio-pathe, 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
Amniocentèse, 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**

<b>Poste Soins Courants</b>	
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
<b>Poste Hospitalisation Médicale, Chirurgicale, Maternité</b>	
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 conventionné 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
<b>Poste Pharmacie</b>	
Médicament reconnu comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an

Les garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale  
et du panier de soins interministériel

**Option 3**

Poste Dentaire	Plafond dentaire : 3 500 € / an
<b>Soins conservateurs dentaires</b>	100% BR
<b>Soins et prothèses du panier 100% santé</b>	
<b>Soins et prothèses du panier maîtrisé</b>	
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
<b>Soins et prothèses du panier libre</b>	
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
<b>Poste Optique</b>	
<b>Equipements du panier 100% santé</b>	
<b>Equipements à tarif libre</b>	
Monture	100 € par an
<b>Verre unifocal sphérique</b>	
Sphère de -6 à +6	100 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	220 € par verre
<b>Verre unifocal sphéro - cylindrique</b>	
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
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique</b>	
Sphère de -4 à + 4	275 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	325 € par verre

<b>Poste Optique</b>	
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</b>	
Cylindre $\leq + 4$ , sphère de -8 à 0	275 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	275 € par verre
Cylindre $> + 4$ , sphère de -8 à 0	325 € par verre
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $> + 8$	325 € par verre
Cylindre $\geq + 0,25$ , 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
Chirurgie Réfractive	600 € par oeil par an
<b>Poste appareils auditifs</b>	
<b>Moins de 20 ans et/ou atteint de cécité</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	100% BR + 1 400 € par prothèse
<b>20 ans et plus</b>	
Classe 1, équipement 100% santé	
Classe 2, équipement à tarif libre	100% BR + 1 400 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	300% BR
<b>Poste autres prothèses</b>	
Appareillage (petit et grand) dont semelles, orthèses et attèles	400% BR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	400% BR
<b>Poste cures thermales</b>	
Honoraires et frais de transport	100% BR
Forfait	400 € par an
<b>Poste Prestations annexes - actes refusés par la Ss</b>	
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, étio-pathe, 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
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêt 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)



## GLOSSAIRE

**Agents actifs au sens du décret du 22 avril 2022 :** agents employés et rémunérés par l'employeur public :

- 1- Les fonctionnaires civils de l'Etat ;
- 2- Les agents contractuels de droit public ;
- 3- Les agents contractuels de droit privé non couvert par un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- 4- Les ouvriers de l'Etat ;
- 5- Les maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association ;
- 6- Les agents en congé parental, en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- 7- Les agents en congé proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- 8- Les agents en congé de formation professionnelle.

**Ayant droit :** conjoint, concubin, pacsé, enfants et petits-enfants, veuf(ve) et orphelin(e).

**Surcomplémentaire :** Egalement appelée « garantie complémentaire de troisième niveau », la surcomplémentaire est un contrat « d'assurance » santé qui permet d'obtenir un remboursement supplémentaire des dépenses. Une personne qui bénéficie déjà de deux premiers niveaux de protection sociale, c'est-à-dire d'une part le régime de base de la sécurité sociale et d'autre part la complémentaire santé classique (ou mutuelle santé) peut souscrire une surcomplémentaire qui lui apportera un troisième niveau de remboursement.

**Protection sociale complémentaire (PSC) :** la PSC consiste en un dispositif complétant la protection sociale de base du régime de sécurité sociale afin de prendre en charge la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident (frais médicaux courants : médecin, pharmacie, laboratoire, frais d'hospitalisation, frais d'appareillage et de prothèses : optiques, dentaires, auditifs, ...).

**SUIVEZ-NOUS**

---

[agriculture.gouv.fr](http://agriculture.gouv.fr)

