

ANNEXE 2 :
Fonds d'aide aux
retraités/accompagnement social
Calibrage du barème et
fonctionnement opérationnel

Version 4 du 28/11/24

(les modifications sont surlignées en jaune pour faciliter la relecture)

Table des matières

Fonds d'aide aux retraités	3
Financement	3
Estimation des ressources et des dépenses	3
Abondement au fonds d'aide aux retraités	4
Barème de prise en charge	4
Fonctionnement de la prise en charge	6
Pièces justificatives	6
Réclamation	6
Reporting	6
Transfert au nouvel assureur	6
Fonds d'accompagnement social	8
Financement	8
Estimation des ressources et des dépenses	8
Abondement au fonds d'accompagnement social	8
Cas pris en charge	9
Niveau de prise en charge	10
Processus de réalisation des demandes	11
Réclamation	12
Reporting	12
Transfert au nouvel assureur	12

Fonds d'aide aux retraités

Financement

Hypothèses

- Taux de contribution en année 1 (2025) : 4%
- Taux de contribution en année 2 (2026) : 3%
- Taux de contribution en année 3 et années suivantes (2027) : 2%
- Hypothèse du nombre de retraités accueillis : 10 000 ;
- Hypothèse du nombre de membres (avant dispenses)
 - Nombre d'actifs : 52 000
 - Nombre de conjoints : 10 500
 - Nombre d'enfants : 34 500

Synthèse de la proposition

- Enveloppe cible de dépenses : 950 k€ (équivalent aux ressources avec taux de contribution de long-terme de 2% des cotisations);
- Mécanisme d'aide retenu : Réduction de cotisation sous conditions de ressources, avec réduction de cotisation décroissante selon le niveau de revenus (voir infra) ;
- Barème proposé : fonction du quotient familial de l'agent (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts fiscales)
- Pièce justificative proposée : dernier avis d'imposition

Estimation des ressources et des dépenses

Les contributions au fonds dépendent fortement des éléments suivants :

- taux de dispense des actifs ;
- nombre d'ayants droit affiliés in fine ;
- dans une moindre mesure, nombre de retraités et de leurs ayants droit.

Le budget du fonds devrait être d'environ 1,9 M€ en première année.

En raison de la forte incertitude quant au nombre de retraités (dépenses) et au taux de dispenses (ressources), il est proposé de calibrer les dépenses prudemment, en supposant une enveloppe de 950 k€ / an, correspondant à la valeur de long terme des contributions (taux de 2%).

Si cette approche se révèle trop prudente ex-post et génère un surplus de ressources par rapport aux dépenses, la CPPS pourra décider d'augmenter les réductions de cotisation accordées aux retraités, voire de réduire le taux de la contribution au fonds de 3% à 2% dès la seconde année. Compte tenu de l'inflation médicale observée depuis plusieurs années, un éventuel surplus pourrait également permettre de réduire les augmentations de cotisations futures en accordant des remises plus importantes les années suivantes.

Inversement, si la CPSS souhaitait être moins prudente à l'initialisation du dispositif et accorder des réductions plus importantes, il conviendrait de prendre en compte un scénario dans lequel les ressources du fonds ne seraient pas suffisantes. L'organisme de complémentaire santé pourra faire l'avance de trésorerie, mais le fonds aura vocation à s'autofinancer, ce qui impliquerait des augmentations du taux de contribution.

Abondement au fonds d'aide aux retraités

Les cotisations de 4% et 3% les deux premières années permettront d'accompagner la montée en charge du fonds. Si cela n'était pas suffisant, l'organisme de complémentaire santé pourra avancer 6 à 12 mois de contributions.

Le fonds ne faisant pas partie du dispositif assurantiel, cette avance aura vocation à être remboursée à l'assureur.

Barème de prise en charge

Le barème de prise en charge est défini en fonction du quotient familial de la famille (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts).

L'objectif est de toucher environ 40% des retraités les plus modestes.

Exemple de modulation de la prise en charge en fonction du quotient familial de l'agent (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts fiscales)

Revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts fiscales	Réduction de cotisation mensuelle en pourcentage de la cotisation d'équilibre (*)
Inférieur ou égal à 12 000€	43%
De 12 000€ à 14 000€	29,5%

(*) Uniquement sur la cotisation du retraité, ne s'applique pas aux bénéficiaires des retraités

Exemple : Application du barème pour l'année 2025

Revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts fiscales	Réduction de cotisation mensuelle (*)
Inférieur ou égal à 12 000€	31,50€
De 12 000€ à 14 000€	21,50€

(*) Uniquement sur la cotisation du retraité, ne s'applique pas aux bénéficiaires des retraités

Fonctionnement de la prise en charge

L'agent retraité sera invité à transmettre à l'organisme de complémentaire santé les éléments justificatifs de son niveau de ressource.

La réduction viendra en diminution directe de la cotisation de l'agent retraité jusqu'à la fin de l'année calendaire en cours. L'aide ne prendra pas la forme d'un remboursement afin que l'agent retraité n'ait pas à réaliser l'avance de cotisation.

Afin de vérifier l'éligibilité, le retraité sera contacté annuellement pour mettre à jour ses justificatifs. La réduction de cotisation dont bénéficie un agent retraité pourra être réévaluée chaque année en fonction de l'évolution de la situation personnelle de l'agent retraité ou des modifications du barème en vigueur.

Pièces justificatives

Le dernier avis d'imposition devra être transmis à l'organisme de complémentaire santé.

Réclamation

En cas de réclamation de la part d'un membre, l'organisme de complémentaire santé transmettra le cas auprès de la CPPS pour prise de décision finale. La décision prise par la CPPS servira de **référence** pour les futurs cas similaires.

Bilan

L'organisme de complémentaire santé enverra tous les trimestres un bilan permettant de suivre les ressources, les dépenses et cas d'utilisation du fonds. Annuellement, le compte de résultat du fonds sera réalisé. Ces éléments seront transmis par entité et agrégés.

Les barèmes seront également revus au regard de l'évolution des pensions de retraite par l'Etat (revalorisation).

Ce bilan permettra à la CPPS de rester informée et potentiellement suggérer des ajustements sur la politique d'attribution.

Transfert au nouvel assureur

Comme précisé par le marché, en cas de résiliation, les fonds seront transmis au nouvel assureur modulo toute avance de trésorerie qui devra être rendue à l'organisme de complémentaire santé.

Fonds d'accompagnement social

Financement

Hypothèses

- Taux de contribution : 0,5%
- Population éligible : actifs, retraités et leurs bénéficiaires respectifs

Synthèse de la proposition

- Enveloppe cible de dépenses : 150 k€ (équivalent aux ressources avec taux de contribution de long-terme de 0,5% des cotisations en prenant une marge de prudence pour l'année 1);
- Mécanisme d'aide retenu :
 - L'enveloppe du fonds est limitée tandis que la population éligible est bien plus importante que celle du fonds retraité
 - Il est proposé d'utiliser le fonds afin de financer uniquement des actions individuelles d'accompagnement (pas de réduction systématique de la cotisation)
 - Le membre reçoit l'aide par virement bancaire de la part d'Organisme de complémentaire santé

Estimation des ressources et des dépenses

Comme pour le fonds d'aide aux retraités, les contributions au fonds dépendent fortement des éléments suivants :

- taux de dispense des actifs ;
- nombre d'ayants droit affiliés in fine ;
- dans une moindre mesure, nombre de retraités et de leurs ayants droit.

Dans le cadre des hypothèses posées par la consultation, le budget du fonds devrait être d'environ 200 k€ en première année.

Abondement au fonds d'accompagnement social

Le fonds d'accompagnement social ne fait pas l'objet de "surcotisations" les premières années, contrairement au fonds d'aides aux retraités. L'organisme de complémentaire santé pourra faire une avance de trésorerie (3, 6 ou 12 mois) si le ministère le souhaite. Le fonds ne faisant pas partie du dispositif assurantiel, cette avance aura vocation à être remboursée à l'assureur.

Politique d'accompagnement social

La politique en matière d'accompagnement social, à savoir la définition des cas pris en charge, des barèmes et pièces justificatives, est du ressort de la **CPPS**. L'organisme de complémentaire santé est chargé de sa mise en œuvre.

Elle s'articule ainsi autour de trois principes clés :

- **des publics et situations prioritaires** : dépendance, affection de longue durée, handicap, enfance
- **la prise en charge de soins et de matériel médical** non ou peu pris en charge par la sécurité sociale
- **la responsabilisation de chacun** : l'organisme de complémentaire santé finance 50% du reste à charge, après intervention des autres financeurs (CAF, caisses de retraite, assurance maladie, ...)

La demande peut par exemple concerner un des cas suivants :

Ces cas constituent des exemples non restrictifs.

- Matériel non ou peu pris en charge par la sécurité sociale : remboursement de 50% - maximum 2000€/an
Par exemple :
 - orthèses crâniennes pour bébés ayant des déformations,
 - prothèses capillaires suite à un cancer,
 - fauteuils roulants,
 - matériel éducatif pour enfants en situation de handicap (fauteuils adaptés),

CPPS PSC Santé
Relevé de décisions de la réunion du 28 novembre 2024

- Soins non ou peu pris en charge par la sécurité sociale : remboursement de 50%
- maximum 2000€/an
Par exemple :
 - séances de psychomotricité pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique
 - séances d'ergothérapie
 - traitement contre l'endométriose

- Aide à domicile/garde d'enfants en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours : Forfait de 4 heures par Évènement

- Frais funéraires en cas de décès du conjoint ou d'un enfant : 50%, max 2000€

Le fonds d'accompagnement social ne sera pas utilisé pour financer des réductions de cotisations systématiques étant donné la relative faible enveloppe du fonds en comparaison à la population éligible (actifs + retraités + bénéficiaires).

Niveau de prise en charge

Le niveau de prise en charge dépend du revenu fiscal de référence de l'agent.

Exemple de modulation de la prise en charge en fonction du quotient familial de l'agent (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts)

Quotient familial	Taux de remboursement (*)
< 7 369€	100%
< 10 737€	80%
< 13 474€	60%
< 16 106€	40%
Au-delà	20%

(*) Dans la limite de 2000€ par membre et par an.

Toutefois, dans un souci de simplification des barèmes pour l'agent et de fluidification de la gestion des dossiers, il pourrait être étudié de conserver un taux unique de prise en charge de 50 %. L'agent n'aurait ainsi pas à fournir son avis d'imposition et les informations sensibles qu'il contient.

Ce n'est pas l'idée retenue par la CPPS pour la mise en place des fonds au 1^{er} janvier 2025. L'objectif étant de répartir les aides en fonction des besoins, ce qui ne serait pas permis si le taux unique de 50% était retenu.

Processus de réalisation des demandes

En termes de gestion opérationnelle, les demandes d'action sociale sont soumises par les membres via le service client de l'organisme de complémentaire santé, selon les mêmes modalités que pour toute autre demande : téléphone, chat, email, courrier.

Le service client vérifie l'éligibilité à l'accompagnement social. Les documents justificatifs ne sont requis qu'une fois l'éligibilité confirmée afin d'éviter les frustrations, alléger la gestion et réduire la collecte de documents sensibles.

Cas standards

Pour les cas standards (représentant habituellement 90% des demandes), l'agent du service client qui reçoit la requête peut directement initier le paiement de l'aide, une fois le dossier instruit.

Les paiements sont effectués par virement en euros sur le compte renseigné par le membre. Ils interviennent sous trois jours, une fois l'ensemble des pièces justificatives fournies.

Un reporting précis est demandé par la CPPS pour un suivi et un contrôle des cas dits standards (demandes, refus, octrois, vérification des taux...)

Cas non standards

Pour les cas complexes non pris directement en compte par la politique d'accompagnement social, la demande est examinée par un comité d'action sociale mis en place au sein de l'organisme de complémentaire santé.

Ce comité, composé de représentants de l'équipe action sociale au sein du service clients, de représentants de la direction de l'assurance, et de la direction financière statue sur les demandes d'accompagnement social. En cas de besoin, le médecin conseil de l'organisme de complémentaire santé est consulté. Le cas échéant, le comité d'action sociale conseille également les demandeurs dans leurs démarches vis-à-vis des organismes sociaux (CAF, MDPH, services sociaux locaux), ou les services d'autres prestataires (assistance).

La demande sera formulée à l'organisme complémentaire qu'une délégation des représentants des personnels puisse siéger à ce comité. Dans la positive, les modalités de participations devront être expliquées ainsi que les modalités pratiques de la tenue de ces comités.

La proposition de l'organisme de complémentaire santé est alors soumise à la CPPS.

À l'issue de l'instruction, le service client de l'organisme complémentaire informe le membre de la décision et procède au virement, le cas échéant. Si la demande est acceptée, le cas fait **référence** et les procédures sont mises à jour de sorte que tout nouveau cas soit traité directement par le service client.

Réclamation

En cas de réclamation de la part d'un membre, l'organisme de complémentaire santé transmettra le cas auprès de la CPPS pour prise de décision finale. La décision prise par la CPPS fera **référence** pour les futurs cas similaires.

Reporting

L'organisme de complémentaire santé enverra tous les trimestres un reporting permettant de suivre les ressources, les dépenses et cas d'utilisation du fonds. Annuellement, le compte de résultat du fonds sera réalisé. Ces éléments seront transmis par entité et agrégés.

Ce reporting permettra à la CPPS de rester informée et potentiellement suggérer des ajustements sur la politique d'attribution.

Transfert au nouvel assureur

En cas de résiliation, les fonds seront transmis au nouvel assureur modulo toute avance de trésorerie qui devra être rendue à l'organisme de complémentaire santé.

-Annexe 3 : Réponses aux questions posées en propos liminaires

- La date limite pour compléter son parcours Alan a été décalé (du 10 novembre au 29 novembre). Cela fait suite à de nombreuses demandes d'agents, dont certains qui n'avaient pas eu le temps de résilier leurs contrats individuels, ou d'obtenir leurs attestations de dispense. Plusieurs services, et notamment les DIR, nous l'ont demandé également. Ce recul est sans changement pour les agents. En effet, la paye de janvier 2025 a débuté le 15 novembre mais les données liées à la PSC seront utilisées à partir du 8 décembre.
- Les différents cas de suspensions n'entraînent pas les mêmes conséquences pour la PSC.
 - En effet, s'il s'agit d'une suspension pour congé parental, proche aidant, formation... alors l'agent, bien qu'il ne soit plus rémunéré par l'employeur, est toujours concerné par le périmètre d'application de la PSC et doit donc s'affilier ou se dispenser. Un bulletin de paie sera établi qui ne comportera que les lignes dédiées à la PSC (participation employeur). L'agent devra payer sa cotisation directement auprès de l'organisme complémentaire, par prélèvement SEPA.
 - S'il s'agit d'une suspension disciplinaire ou bien pour convenance personnelle, alors l'agent n'entre plus dans le périmètre d'application de la PSC. Aussi, il ne percevra pas de bulletin de paie. Lors de son éventuel retour, une nouvelle prise en charge sera faite, et c'est à ce moment que l'agent devra compléter son parcours d'affiliation ou de dispense.
- Pour les agents ne relevant pas du régime général, dans les Collectivités d'Outre-mer notamment, la DGAFP a retenu la modalité suivante : sous réserve d'adoption du PLF 2025, une participation forfaitaire de 15€ mensuels sera versée aux agents ayant une complémentaire santé (à l'image du dispositif forfaitaire actuel). Ce montant sera de 30€ mensuels forfaitaires dès l'année 2027, toujours sous réserve d'adoption des textes.
- Les agents retraités à l'étranger ne peuvent pas bénéficier du panier de soins prévu pour les agents actifs à l'étranger. Aussi, il leur est possible, s'ils le souhaitent et de manière facultative, de rejoindre le dispositif, de manière semblable et aux mêmes conditions que pour l'ensemble des agents retraités. Il n'y a pas de distinction prévue par les textes.
- Un agent actif couvert par le contrat collectif obligatoire peut effectivement en sortir s'il fait valoir un changement de situation lui permettant d'entrer dans un cas de dispense. Cette possibilité est permise notamment afin de tenir compte des changements de situation des agents (pacs, mariage, divorce, veuvage). Seuls ces cas

CPPS PSC Santé
Relevé de décisions de la réunion du 28 novembre 2024

seront identifiés comme changement de situation et pourront faire l'objet d'une révision du statut d'affilié de l'agent. Cela résulte de l'art.3 du décret 2022-633.

- Les évolutions des cotisations des agents retraités sont déterminées à la lumière des textes (article 17 du décret n°2022-633), aussi la notice d'Alan reprend les éléments mentionnés dans ce même article, conformément au dossier de consultation qui a publié lors de l'appel d'offres. Ainsi, le simulateur, tout comme la notice d'Alan sont conformes.

« Art. 17. – Les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées, pour chaque contrat collectif, de manière à financer le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties couvertes par ce contrat. Elles peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire ».

Fonds :

- Les modifications du barème semblent cohérentes et Alan prévoit donc de les intégrer sans modification.

- Alan se dit défavorable à ce qu'un membre de la délégation des représentants des personnels siège au comité. En revanche, Alan va transmettre une liste détaillée des cas répertoriés comme « non-standards » afin de garantir la transparence des dossiers traités. En parallèle, Alan transmettra, si la CPPS le demande, un suivi détaillé des dossiers afin de s'assurer de l'application des éléments listés.

Les modalités de réunions ont été expliquées. Les dossiers ne sont pas traités automatiquement et sont examinés par un comité dont les membres se réunissent par visioconférence afin de gagner du temps et permettre la prise de décision rapide. Les processus sont établis et permettent une gestion efficace de l'octroi de ces aides.

CPPS PSC Santé
Relevé de décisions de la réunion du 28 novembre 2024

Annexe 4 : Précisions apportées par Alan suite à la CPPS du 28/11/2024

Description des cas standard d'accompagnement social

Ce sont les exemples standards également partagés dans le document de règles des fonds avec ici plus de détails concernant le traitement opérationnel.

1 Frais funéraires suite à un accouchement prématuré ou à un bébé mort-né

- Description du cas : l'action sociale (AS) prendra en charge les frais funéraires suite à la perte d'un bébé à la naissance.
- Intervention d'AS : Nous couvrirons 50 % des coûts restants après l'allocation de la CAF et jusqu'à un maximum de 2000 €. Notez que nous déduirons également de l'aide le Forfait Maternité reçu s'il y en a un dans leur couverture. Par exemple, si les frais funéraires s'élèvent à 3000 €, l'allocation de la CAF à 1000 € et le Forfait Maternité à 200 €, notre aide sera de 900 € (1800 € x 50 %).
- Documents à fournir :
 - Certificat d'accouchement : Ces cas peuvent être complexes car parfois, en cas de travail très précoce, il n'y a pas de certificat de naissance pour le bébé, c'est pourquoi nous demanderons juste un certificat de travail délivré par l'hôpital.
 - Facture des funérailles : Facture des frais funéraires au nom du parent couvert par Alan.
 - Preuve de la CAF : Une preuve (cela peut être juste un courriel) de la CAF détaillant le montant de l'allocation ou indiquant que le membre n'est pas éligible à l'allocation. Ce document peut être difficile à obtenir pour nos membres, mais nous avons absolument besoin d'une preuve même s'ils ne sont pas éligibles à l'allocation de la CAF.
- Les frais funéraires pour enfants et les frais funéraires pour conjoint peuvent également être pris en charge dans des conditions similaires.


2 Psychomotricité pour enfants

- Description du cas : AS prendra en charge le bilan et les séances pour un enfant couvert par Alan.
- Intervention d'AS : Nous couvrirons 100 % du bilan et 50 % des coûts restants des séances et jusqu'à un maximum de 2000 € par an. Si le traitement dure plusieurs années, nous vérifierons la pertinence de la continuité du traitement pour chaque nouvelle année lors d'un Comité.
- ⚠ Comme cette aide est « récurrente » (vous recevrez plusieurs factures au cours de l'année), assurez-vous de suivre les demandes/factures au fil du temps afin de ne pas dépasser le maximum par an.
- Documents à fournir :
 - Ordonnance : avec le nom de l'enfant.
 - Factures : pour le bilan et les séances.

3 Ergothérapie pour enfants

- Description du cas : AS prendra en charge le bilan et les séances pour un enfant couvert par Alan.

CPPS PSC Santé
Relevé de décisions de la réunion du 28 novembre 2024

- Intervention d'AS : Nous couvrirons 100 % du bilan et 50 % des coûts restants des séances et jusqu'à un maximum de 2000 € par an. Si le traitement dure plusieurs années, nous vérifierons la pertinence de la continuité du traitement pour chaque nouvelle année lors d'un Comité.
-  Comme cette aide est « récurrente » (vous recevrez plusieurs factures au cours de l'année), assurez-vous de suivre les demandes/factures au fil du temps afin de ne pas dépasser le maximum par an.
- Documents à fournir :
 - Ordonnance : avec le nom de l'enfant.
 - Factures : pour les séances.


4 Matériel éducatif pour enfants handicapés

- Description du cas : AS prendra en charge les frais liés au matériel éducatif pour les enfants handicapés couverts par Alan (comme un ordinateur, une chaise ergonomique, etc.).
- Intervention d'AS : Nous couvrirons 50 % des coûts et jusqu'à un maximum de 500 € par an. AS ne couvrira pas les frais récurrents tels que les cours à domicile. Et nous limitons l'aide à une demande par enfant pendant la durée de sa couverture avec Alan.
- Documents à fournir :
 - Ordonnance : détaillant la maladie, le matériel et avec le nom de l'enfant.
 - Factures : avec le nom des parents.

5 Fauteuils roulants

- Description du cas : AS prendra en charge les frais liés à l'achat d'un fauteuil roulant en cas de première reconnaissance du handicap.
- Intervention d'AS : Nous couvrirons 50 % des coûts restants et jusqu'à un maximum de 3000 € par an. Et nous limitons l'aide à une demande par membre pendant la durée de la couverture avec Alan.
- Documents à fournir :
 - Nous nous référerons au décompte SS sur Marmot
 - Note : Suite à l'annonce du gouvernement sur la prise en charge à 100 % des fauteuils roulants en 2024, nous devons vérifier si AS sera encore nécessaire.

6 Traitements de l'endométriose

- Description du cas : AS prendra en charge le traitement lié à l'endométriose.
- Intervention d'AS : Nous couvrirons 50 % des coûts et jusqu'à un maximum de 500 € par an.
-  Comme cette aide est « récurrente » (vous recevrez plusieurs factures au cours de l'année), assurez-vous de suivre les demandes/factures au fil du temps afin de ne pas dépasser le maximum par an.
- Documents à fournir :
 - Pour certains cas spécifiques, nous pouvons également demander l'ordonnance et les factures.

Fonctionnement du comité de revue pour l'accompagnement social

CPPS PSC Santé
Relevé de décisions de la réunion du 28 novembre 2024

- Permet de décider de l'utilisation des fonds d'accompagnement social pour les cas considérés comme **non standards**
- Y sont traités des demandes émanant des membres Alan à travers **tout le portefeuille**
- Organisé mensuellement (généralement le 2ème vendredi du mois)
- Siègent au comité des représentants des départements suivants d'Alan : Légal, Finance, Assurance et Support aux membres
- Aucune décision n'est basée sur un algorithme et l'intelligence artificielle n'est pas utilisée
- La CPPS sera consultée pour la validation finale des recommandations du comité concernant les agents des MTEL et Etablissements Publics associés