



MINISTÈRE DES ARMÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Secrétariat général
pour l'administration

Direction des ressources humaines
du ministère de la Défense
Service des ressources humaines civiles
Centre Ministériel de gestion de Toulon

Toulon, le 10 juin 2024

N° 52281 /ARM/SGA/DRH-MD/CMG/DGAP

- OBJET** : **Protection sociale complémentaire Santé des agents du ministère des armées**
- REFERENCES** :
- a) 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 ;
 - b) Arrêté du 30 mai 2022 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 ;
 - c) Accord collectif du 5 octobre 2023 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au ministère des armées.
- PIECES JOINTES** :
- 1) Annexe 1 : Tableau listant le panier de soins négocié par le ministère des armées
 - 2) Annexe 2 : Liste des cas de dispense à l'affiliation automatique
 - 3) Annexe 3 : Formulaire de dispense

RECIBIDO
le 10/06/2024
à 10h00

Madame, Monsieur

A compter du 1er janvier 2025, les agents civils du ministère des armées bénéficieront de contrats de complémentaire santé avec une prise en charge financière de l'employeur à hauteur de 50% de la cotisation, destinée à couvrir les frais de santé occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, complétant ainsi le remboursement de la sécurité sociale. Pour chaque agent, la cotisation sera plafonnée en fonction de la rémunération. Le reste à charge sera prélevé directement sur la rémunération. Dès janvier 2025, la cotisation et la part prises en charge par l'employeur apparaîtront sur le bulletin de paie.

L'adhésion est obligatoire pour tous les agents. La pré-affiliation sera réalisée par les services du ministère de manière automatique en octobre 2024 et la mutuelle référencée pour le ministère à savoir **Harmonie Mutuelle** prendra directement l'attache des assurés (par mail ou par courrier) pour finaliser l'affiliation au contrat en novembre 2024.

Vous trouverez en annexe 1 le tableau des garanties minimales négociées avec Harmonie Mutuelle dans la colonne intitulée « panier de soins Fonction Publique d'Etat ».

Concernant les grilles tarifaires, celles-ci seront mises à disposition fin juin 2024.

Les agents ont la possibilité de solliciter une dispense d'affiliation automatique dans certaines situations (et uniquement ces situations) qui sont énumérées en annexe 2. Ces dispenses visent à couvrir des situations où

des administrés seraient déjà couverts par des dispositifs autres que le contrat collectif du ministère. La formulation d'une dispense relève d'une démarche individuelle. Pour ce faire, l'agent doit compléter le formulaire de dispense joint en annexe 3. Toute demande de dispense doit obligatoirement être accompagnée des justificatifs demandés au regard du type de dispense. Le formulaire de dispense ainsi que les justificatifs afférents doivent être adressés à **votre service RH de proximité avant le 1er septembre 2024.**

Ces assurés auront donc quoi qu'il en soit une mutuelle. Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut à tout moment renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat collectif via son gestionnaire RH de proximité.

Dans tous les cas, l'agent ne bénéficiera plus de la prise en charge forfaitaire à hauteur de 15 euros/mois qui prendra fin le 31 décembre 2024.

En sus du panier de soins, les bénéficiaires peuvent souscrire à des garanties optionnelles qui sont listées en annexe 1, colonnes intitulées « Panier de soins + option 1 » et « Panier de soins + option 2 ». Ces garanties sont financées par le ministère des armées à hauteur de 50% du coût de l'option dans la limite de 5 euros.

Pour compléter cette protection sociale complémentaire en santé, une couverture prévoyance facultative sera mise en place à compter du 1er janvier 2026, selon des modalités qui restent à définir.

Vous trouverez sur internet une communication du ministère des armées sur le sujet ainsi qu'une Foire Aux Questions (FAQ) dont le lien est le suivant : <https://www.defense.gouv.fr/sga/au-service-agents/laction-sociale-au-profit-agents/votre-sante/protection-sociale-complementaire-sante>

Votre service RH de proximité reste à votre disposition pour tout complément d'informations.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.



Odile NACIBIDE
Directrice du CMG de Toulon

ANNEXE I

TABLEAU DE GARANTIES POUR LES AGENTS AFFECTÉS EN MÉTROPOLE
ET DANS LES DÉPARTEMENTS ET RÉGIONS D'OUTRE-MER

Garanties y compris le remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Postes de soins	Remboursements		
	Panier de soins Fonction Publique d'Etat	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
CATEGORIE HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS			
Hospitalisation			
Honoraires (1)			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	185%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	165%	200%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour			
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	100%	100%
Chambre particulière (sans limitation de durée)			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	100 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	60 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	65 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	30 € / nuit	35 € / nuit
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%	170%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	200%

Postes de soins	Remboursements		
	Panier de soins Fonction Publique d'Etat	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
Consultations et visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	185%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	165%	200%
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	185%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	165%	200%
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%	185%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	165%	200%
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	100%	100%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%	130%	130%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	100 € / an	150 € / an
Matériel médical			
Appareillages et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%	250%	300%
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%	100%	100%
CATEGORIE DENTAIRE			
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé (2)			
Soins (hors 100 % Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%	100%	100%
Prothèses (hors 100 % Santé)			
Panier Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%	425%	475%
Prothèses amovibles	375%	425%	475%
Prothèses provisoires	375%	400%	425%
Inlay Core	375%	400%	425%
Inlays onlays d'obturation	150%	250%	350%

Postes de soins	Remboursements		
	Panier de soins Fonction Publique d'Etat	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible 300% Dent non visible 250%	Dent visible 350% Dent non visible 300%	Dent visible 400% Dent non visible 350%
Prothèses amovibles	Dent visible 300% Dent non visible 250%	Dent visible 350% Dent non visible 300%	Dent visible 400% Dent non visible 350%
Prothèses provisoires	300%	350%	400%
Inlay Core	200%	250%	300%
Inlays onlays d'obturation		250%	350%
Implantologie			
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)	600 € / implant (limite 2 implants / an)	700 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	300 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	400 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250%	300%	400%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	400 € / semestre	400 € / semestre
CATEGORIE AIDES AUDITIVES			
Aides auditives			
Equipements 100 % Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)	800 €	20 ans ou moins : 1700€ Plus de 20 ans : 1400€	1 700 €
CATEGORIE OPTIQUE			
Optique			
Equipements 100 % Santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	60 €	100 €
Verres	<i>Cf. grille optique</i>	<i>Cf. grille optique</i>	<i>Cf. grille optique</i>
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	100 € / an	125 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par oeil)	400 € / an	450 € / an	500 € / an
Grille optique			
Type de verre (remboursement par verre)			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6	60 €	70 €	100 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	120 €	150 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	70 €	100 €

Postes de soins	Remboursements		
	Panier de soins Fonction Publique d'Etat	Panier de soins + Option 1	Panier de soins + Option 2
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	70 €	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	120 €	150 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	120 €	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	120 €	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	170 €	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	220 €	250 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	170 €	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	170 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	220 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	220 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	220 €	250 €
CATEGORIE AUTRES POSTES			
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%	100%	100%
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 50€ / séance)	6 séances / an (limite 50 € / séance)
Psychologue			
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	4 séances / an (limite 30 € / séance)	12 séances / an (limite 30 € / séance)
Actes refusés par la sécurité Sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	100 € / an	150 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	100 € / an	150 € / an
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	300 € / acte	300 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.

ANNEXE II
CAS DE DISPENSE

	Cas de dispense	Cas pratique	Case du formulaire de dispense à cocher	Justificatif à fournir	Date de validité de la dispense
AGENT BÉNÉFICIAIRE	Etre bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	Être bénéficiaire d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	1	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense d'une attestation nominative de couverture de la caisse d'assurance maladie avec la date de validité	Dispense possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture
	Être bénéficiaire d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Un agent fonctionnaire travaille au MINARM depuis 2022. Il est couvert par un contrat individuel non référencé. L'attestation qu'il doit fournir avec son formulaire de dispense doit faire apparaître les dates de validité et que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	2	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense d'une attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.	Dispense possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de 12 mois.
	Avoir la qualité de contractuel et posséder un <u>contrat de travail à durée déterminée</u>, à la condition de bénéficier d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Un agent contractuel en CDD pour 12 mois au MINARM. Il possède déjà une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	3	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense de l'attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant en qualité de titulaire du contrat la date de validité et la prise en charge de types de frais : maternité, maladie ou accident.	Dispense possible pour la durée du CDD
AGENT AYANT DROIT	Être bénéficiaire en tant qu'ayant droit de la couverture collective de leur conjoint pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Un agent affecté au MINARM est pacsé avec une personne travaillant dans une entreprise du secteur privé bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire dit « famille ».	4	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense de l'attestation de la complémentaire santé couvrant l'agent du MINARM en qualité d'ayant droit du contrat de complémentaire santé de son conjoint. L'attestation doit faire apparaître les dates de validité et que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Dispense possible jusqu'à ce que l'agent cesse de bénéficier de la couverture en cause
	Être bénéficiaire en tant qu'ayant droit de la couverture collective de leur conjoint en CDD pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Un fonctionnaire bénéficie en tant qu'ayant droit du contrat santé de son conjoint en CDD. Ce dernier reçoit de son entreprise un versement santé et a souscrit une couverture individuelle.	4	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense de l'attestation de la complémentaire santé couvrant l'agent du MINARM en qualité d'ayant droit du contrat de complémentaire santé de son conjoint. L'attestation doit faire apparaître les dates de validité et que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Dispense possible jusqu'à ce que l'agent cesse de bénéficier de la couverture en cause
	Être bénéficiaire en tant qu'ayant droit du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).	Un agent, ouvrier de l'Etat est marié à une personne salariée d'une entreprise de la branche des industries électriques et gazières et relève du Statut National du Personnel des industries électriques et gazières (SNPIEG). L'agent du MINARM est bénéficiaire de ce contrat en tant qu'ayant droit du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).	4	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense de l'attestation du régime CAMIEG le couvrant en qualité d'ayant droit. L'attestation doit faire apparaître les dates de validité et que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Dispense possible jusqu'à ce que l'agent cesse de bénéficier de la couverture en cause
	Être bénéficiaire en tant qu'ayant droit de la couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.	Un fonctionnaire du MINARM bénéficie en tant qu'ayant droit de la couverture collective de son conjoint qui travaille dans la fonction publique territoriale.	4	L'agent doit accompagner son formulaire de dispense de l'attestation de la complémentaire santé couvrant l'agent du MINARM en qualité d'ayant droit du contrat de complémentaire santé de son conjoint. L'attestation doit faire apparaître les dates de validité et que le contrat couvre des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.	Dispense possible jusqu'à ce que l'agent cesse de bénéficier de la couverture en cause



Formulaire de demande de dispense d'affiliation au contrat de PSC-Santé du ministère des armées

Article 3 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022

CIVIL

Grade

Nom

Prénom

Matricule Alliance

DEMANDE DE DISPENSE

Demande à être dispensé de l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire du ministère des armées à partir du : / / 20 .

Certifie sur l'honneur se trouver dans l'une des situations suivantes [cocher la case correspondante] :

1° - Etre couvert par la complémentaire santé solidaire (C2S)

Je m'engage à signaler à ma RH de proximité la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture,

Justificatif : Attestation nominative de couverture de la caisse d'assurance maladie avec la date de validité.

2° - Etre couvert par un contrat individuel de complémentaire santé au 1er janvier 2025 ou à la date de ma prise de fonction

Cette dispense n'est valable que jusqu'à la date anniversaire de ce contrat individuel, fixée au : / /20 dans la limite de 12 mois à partir du 1^{er} janvier 2025 ou de la date de ma prise de fonction.

Justificatif : Attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.

3° - Avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée et bénéficier d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;

Justificatif : Attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant en qualité de titulaire du contrat la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.

4° - Etre couvert, par une complémentaire santé, y compris en tant qu'ayant droit :

d'un contrat d'entreprise collectif à adhésion obligatoire ou facultative ;

d'un contrat individuel souscrit en tant que bénéficiaire du versement santé ;

du régime d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;

d'un contrat collectif de la fonction publique territoriale ou hospitalière dès lors que les contrats collectifs sont mis en œuvre dans les 2 fonctions publiques concernées.

Je m'engage à signaler à ma RH de proximité la date à laquelle je cesse de bénéficier de cette couverture.

Justificatif : Attestation nominative de couverture de l'organisme complémentaire indiquant la date de validité et la prise en charge des types de frais : maternité, maladie ou accident.

INFORMATION

En cas de validation de ma demande, je renonce, pour la période dispensée :

- au régime de couverture santé obligatoire de mon employeur ;
- à la part patronale des cotisations du contrat collectif obligatoire santé de mon employeur ;
- au bénéfice de la portabilité de mes droits en cas de chômage indemnisé.

En outre, je comprends qu'à partir du 1^{er} janvier 2025, le dispositif de remboursement forfaitaire de 15 € des cotisations de protection sociale complémentaire en santé prend fin et que je ne pourrai donc pas en bénéficier pendant la dispense.

Enfin, je suis informé que je peux à tout moment revenir sur ma décision et adhérer au contrat collectif, sans qu'aucune majoration de cotisation ne me soit appliquée.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20

Signature de l'agent