



**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DE LA SOUVERAINETÉ
INDUSTRIELLE ET NUMÉRIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique
Sous-direction gestion financière et des achats – SAFI 2C - BAMAC

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE COUVERTURE DES FRAIS
DE SANTE ET DE PREVOYANCE A DESTINATION DES AGENTS DU MINISTERE DE
L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE LA SOUVERAINETE INDUSTRIELLE ET NUMERIQUE
(MEFSIN)

ANNEXE 2 AU REGLEMENT DE CANDIDATURE : PRESENTATION DU CONTEXTE DU
MARCHE

Table des matières	
I Contexte et enjeux	4
II Objet du marché	5
II- 1 Allotissement	5
II- 2 Durée du marché, date de début d'exécution, résiliation	5
II- 3 Périmètre du marché	6
III Prestations attendues : lot n°1 « santé »	6
III- 1 Bénéficiaires	6
III- 1 a Bénéficiaires à titre obligatoire du contrat « santé »	6
III- 1 b Bénéficiaires à titre facultatif du contrat « santé »	7
III- 1 c Cas de dispenses d'adhésion	8
III- 1 d Bénéficiaires du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle	9
III- 2 Garanties	9
III- 3 Actions de prévention	9
III- 4 Réseau de soins	10
III- 5 Prestations d'accompagnement social	10
III- 6 Fonds retraités	10
III- 7 Cotisations	10
III- 7 a Cotisation d'équilibre	10
III- 7 b Cotisations des retraités	11
III- 7 c Cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités	11
III- 7 d Cotisations aux garanties optionnelles	11
III- 8 Gestion	12
III- 8 a Gestion des adhésions	12
III- 8 b Gestion des cotisations	12
III- 8 c Information, communication	13
III- 8 d Suivi technique et comitologie	13
IV prestations attendues : Lot n°2 « PREVOYANCE »	14
IV- 1 Périmètre du marché	14
IV- 2 Bénéficiaires à titre obligatoire	14
IV- 3 Dispenses	14
IV- 4 Garanties	15
IV- 4 a Congé de longue maladie et de grave maladie	15
IV- 4 b Prestation complémentaire en cas d'invalidité non professionnelle	15

IV- 4 c Capital décès.....	16
IV- 4 d Garanties additionnelles.....	16
IV- 5 Cotisations	17
IV- 6 Gestion.....	17
IV- 6 a Gestion des adhésions.....	17
IV- 6 b Gestion des cotisations.....	18
IV- 6 c Information et communication	18
IV- 6 d Suivi technique du régime et comitologie	19

I CONTEXTE ET ENJEUX

Un cadre juridique a été mis en place en 2007 pour couvrir les risques santé et prévoyance dans la fonction publique d'État. Ce cadre juridique s'articule autour du référencement d'un organisme assureur par le ministère. L'objectif était de préserver, dans le respect du droit européen, une solidarité des agents actifs envers les retraités et les familles via un organisme de protection complémentaire.

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique définit un nouveau cadre afin de favoriser et améliorer la couverture sociale complémentaire des agents de la fonction publique. Elle s'articule en deux volets :

- Le volet « santé » dont les risques correspondent aux risques d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique ainsi qu'à la maternité de l'agent. Ainsi, les garanties « santé » couvrent les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent après le remboursement de la part versée par son régime de base de sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, des frais non remboursés par ce régime ;
- Le volet « prévoyance » dont les risques correspondent à ceux résultant de l'incapacité de travail, de l'invalidité et du décès de l'agent. Il couvre, d'une part, les agents contre les pertes de revenus liées à leur incapacité de travail, invalidité ou décès et, d'autre part, leurs ayants droit en cas de décès de l'agent.

S'agissant du volet « santé » en application des dispositions de l'ordonnance du 17 février 2021 une négociation interministérielle a été conduite ce qui a permis la signature d'un accord interministériel relatif au volet santé de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État, le 26 janvier 2022, par la ministre de la transformation et de la fonction publiques et l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire, l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire en santé.

Ce régime succédera d'une part, au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat et, d'autre part, au dispositif de participation au financement de la protection sociale complémentaire, dit de référencement, dans le cadre de la convention du 30 mai 2017.

S'agissant du volet prévoyance, un accord interministériel du 20 octobre 2023 et le Décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat combinent des garanties mises en œuvre par l'Employeur dont la charge financière sera intégralement assumée par l'Etat et des garanties mises en œuvre dans le cadre de la protection sociale complémentaire dont la charge financière sera assumée par les agents et les employeurs publics via une participation financière.

Un accord ministériel pris en application des dispositions relatives à la négociation collective prévues aux articles L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique a été signé à l'unanimité le 21 juin 2024, il porte sur le volet santé et le volet prévoyance. Cet accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)), paru au JO du 4 juin 2024, rend obligatoire pour les agents actifs l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire en prévoyance.

Les candidats sont informés qu'une évolution des textes réglementaires est attendue concernant le schéma d'adhésion obligatoire au volet prévoyance du régime de protection sociale complémentaire et notamment les cas de dispenses applicables.

Le contrat ne sera signé par l'acheteur qu'après l'entrée en vigueur de ces textes.

II OBJET DU MARCHÉ

La présente consultation vise à conclure un marché relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé des agents actifs et retraités, ainsi que de leurs ayants droit, et en matière de prévoyance des agents actifs du ministère.

II- 1 Allotissement

Le marché comporte deux lots :

Lot n°1 : Souscription de contrats collectifs de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au profit des agents relevant du ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (MEFSIN), de certains établissements publics et autorités administratives indépendantes rattachés au ministère ainsi que de leurs ayants droits et des retraités (lot « santé »).

Lot n°2 : Souscription d'un contrat collectif en prévoyance à adhésion obligatoire portant sur la couverture des risques résultant de l'incapacité de travail, de l'invalidité et du décès au profit des agents relevant du ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique (MEFSIN), de certains établissements publics et autorités administratives indépendantes rattachés au ministère (lot « prévoyance »).

II- 2 Durée du marché, date de début d'exécution, résiliation

Le marché prend effet à compter de sa date de notification. La couverture des contrats collectifs débute à compter du 1er janvier 2026 sous réserve d'une habilitation législative attendue. La période entre la date de notification et le début de la couverture des contrats ne pourra excéder 6 mois et sera consacrée à la nécessaire préparation de la bonne prise en charge du périmètre du présent marché.

Pour ce qui concerne la couverture des contrats collectifs, celle-ci est conclue pour une durée initiale courant jusqu'au 31 décembre 2027. Elle pourra être reconduite quatre fois par tacite reconduction et par période de douze mois, sans que sa durée totale puisse excéder 72 mois.

Pour chacun des lots, le marché débute à compter de la date de notification par la mise en œuvre des opérations techniques permettant les affiliations, le déploiement du système d'information et des flux d'échanges de données entre l'organisme complémentaire et le ministère.

La durée maximale incluant la période de préparation et la couverture des contrats collectifs, ne pourra excéder 78 mois.

Pour le lot en santé, les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1er janvier 2026, pour les agents actifs couverts à titre obligatoire, ou à la date d'embauche ou d'entrée dans la population du ministère, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif ou à la date de fin de la dispense, si celle-ci n'a pas été renouvelée. Les agents retraités devront formuler leur souhait d'adhésion en qualité de retraité dans un délai d'un an suivant leur cessation d'activité. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion. Pour le personnel déjà retraité à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1er janvier 2026, le retraité dispose d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle il est informé de l'entrée en vigueur du contrat, pour pouvoir y adhérer. Les modalités d'information seront précisées ultérieurement.

Pour le lot en prévoyance, Les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1er janvier 2026, pour les agents actifs, ou à la date d'embauche ou d'entrée, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif.

En cas de résiliation à l'initiative du ministère ou du titulaire, le ministère aura la possibilité de demander le maintien des conventions d'assurance aux conditions en vigueur du marché à la date de résiliation jusqu'au 31 octobre de l'exercice suivant la date d'échéance contractuelle du 31 décembre immédiatement postérieure à la demande de résiliation. Le titulaire devra assurer un transfert des données au nouvel assureur.

II- 3 Périmètre du marché

Le périmètre du marché recouvre l'ensemble des agents employés et rémunérés par le Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique (MEFSIN), c'est-à-dire l'ensemble des directions ministérielles, les services à compétence nationale, les services déconcentrés, dont les agents affectés dans les Directions départementales interministérielles (DDI), ainsi que les établissements publics relevant du comité social d'administration ministériel.

Ce périmètre recouvre les agents employés et rémunérés par les établissements publics et autorités administratives indépendantes qui ont formalisé leur intention d'être rattachés au Ministère de l'Economie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique (MEFSIN) mentionnés en annexe 1 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

III PRESTATIONS ATTENDUES : LOT N°1 « SANTE »

L'offre du soumissionnaire devra couvrir l'ensemble des populations bénéficiaires souhaitées, ce qui correspond à un volume estimé à environ 380 000 personnes.

Ce périmètre comprend :

- les agents actifs (environ 134 000) des directions et services des MEF, des établissements et des autorités indépendantes qui ont manifesté leur volonté de rejoindre le contrat collectif ;
- leurs ayants droits (conjointes et enfants, effectif estimé à 84 000) ;
- les agents retraités des MEF, des établissements et des autorités indépendantes qui lui sont rattachés, au moment de la mise en place du contrat ou liquidant leur retraite au sein des MEF pendant l'exécution du contrat (effectif estimé à 120 000) ;
- les ayants droit des agents retraités (conjointes et enfants) : estimé à 36 000.

L'offre du soumissionnaire devra proposer à l'ensemble des bénéficiaires des couvertures correspondant exactement au tableau des grilles de garanties du tableau de garanties en santé (panier de soins et options, panier de soins étranger) figurant en annexe 3 et mentionnées à l'annexe 2 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)) ainsi que des actions de prévention en matière de santé.

III- 1 Bénéficiaires

III- 1 a Bénéficiaires à titre obligatoire du contrat « santé »

En application de l'article 2 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, les agents dénommés « bénéficiaires actifs » employés et rémunérés, sont tenus, en application de l'accord interministériel du 26 janvier 2022, d'adhérer au contrat collectif souscrit par leur employeur.

Lorsqu'ils sont placés dans les situations suivantes, les agents conservent la qualité de bénéficiaire actif et sont soumis à l'obligation d'adhésion au contrat collectif :

- Congé parental ;
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- Congé de formation professionnelle.

III- 1 b Bénéficiaires à titre facultatif du contrat « santé »

L'article 4 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 prévoit que les agents retraités ainsi que leur conjoint, ayants-droits, les conjoints et les ayants-droits des agents actifs peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du lot n°1 « santé » du marché.

- *Bénéficiaires retraités*

Peut demander à adhérer aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit par son dernier employeur pour la catégorie des « bénéficiaires retraités », au sens de l'accord interministériel du 26 janvier 2022, la personne qui a la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite et est titulaire d'une pension de retraite de droit direct du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale, du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat institué par le décret du 5 octobre 2004 susvisé ou du régime institué par l'accord interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

Les agents retraités devront formuler leur souhait d'adhésion en qualité de retraité dans un délai d'un an suivant leur cessation d'activité. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion.

Pour le personnel déjà retraité à la date de prise d'effet du contrat, le retraité dispose d'un délai d'un an à compter de la date à laquelle il est informé de l'entrée en vigueur du contrat, pour pouvoir y adhérer. Les modalités d'information seront précisées ultérieurement.

- *Bénéficiaires ayants droit*

Peuvent être affiliés au régime mis en place les ayants-droits, la personne qui est dans l'une des situations suivantes :

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

- a) Agé de moins de 21 ans ;
- b) Agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'[article L. 5411-1 du code du travail](#) ;
- c) Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'[article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles](#). Ce bénéficiaire peut adhérer à tout moment au contrat collectif souscrit par l'employeur du bénéficiaire actif ou par le dernier employeur du bénéficiaire retraité dont il est ayant droit.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

III- 1 c Cas de dispenses d'adhésion

Par dérogation au caractère obligatoire, certains agents répondant aux situations énumérées à l'article 3 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et mentionnées ci-après peuvent être dispensés d'adhésion.

- Agent bénéficiaire des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;
- Agent couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par son employeur ou à la date de sa prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- Agent ayant conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition qu'il bénéficie d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- Agent bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - a) Couverture collective à adhésion obligatoire mise en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Couverture individuelle prévue au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
 - d) Couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique.

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

L'agent remplissant les conditions de dérogations devra en formuler la demande par écrit auprès de son employeur et fournira annuellement les justificatifs de dispenses. Les dispenses seront gérées par l'employeur.

III- 1 d Bénéficiaires du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

Conformément aux dispositions de l'article 21 du décret du 22 avril 2022 précité, les cotisations des bénéficiaires relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par ce régime.

Pour le calcul de la cotisation d'équilibre, l'impact de la solidarité sur les retraités sera calculé tout régime confondu et le montant intégré à la cotisation d'équilibre du régime local sera identique à celui du régime général.

III- 2 Garanties

Sont garantis tous les actes et frais ayant fait l'objet d'une intervention d'un des régimes de base de la sécurité sociale, au titre de la législation maladie, de la législation sur les accidents du travail et maladie professionnelle, la maternité, ainsi que certains actes non remboursés par la sécurité sociale mais ayant un lien avec les risques couverts par le régime légal et précisés dans le tableau de garanties figurant en annexe 3.

Ces garanties comprennent :

- Un régime de base (panier de soin socle interministériel défini par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat, NOR TFPF22120223A) ;
- Deux garanties optionnelles (annexe 3) (complémentaires au panier de soin socle interministériel) sous réserve de l'adhésion préalable au panier de soin socle Interministériel et un régime de base pour les agents affectés à l'étranger (« panier de soins étranger ») décrites dans l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois. Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage. Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

Pour les agents actifs, la couverture par l'organisme devra être assurée dès le premier jour de leur arrivée dans les effectifs de l'employeur.

III- 3 Actions de prévention

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail. Elles devront être mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants, notamment avec ceux mis en œuvre ou financés par l'assurance maladie. Elles se dérouleront en présentiel et dans les territoires et selon d'autres modalités.

Les actions de prévention pourraient être les suivantes : réalisation de campagnes de communication, mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé, diffusion des contenus d'information santé, dépistage du cholestérol, de l'insuffisance rénale chronique (IRC), du diabète, vaccination anti-

grippale, accompagnement personnalisé en santé (nutrition, sommeil...), promotion de pratiques et comportements favorables à la santé, lutte contre les addictions, lutte contre la sédentarité, dossier d'actualité sur des actions ponctuelles (mois sans tabac » par exemple).

III- 4 Réseau de soins

Le ministère demande que le titulaire propose un réseau de soins avec un encadrement des tarifs des praticiens, membres de ce réseau.

III- 5 Prestations d'accompagnement social

Des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif ministériel, financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 3% (taux annuel révisable) des cotisations acquittées par les bénéficiaires, seront mises en place par l'organisme assureur.

Selon les orientations arrêtées par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), une partie (50%) des crédits sera mobilisée pour la mise en œuvre de prestations d'accompagnement social attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires, une autre partie (50%) sera mobilisée pour la mise en œuvre d'une mesure sociale à destination des agents actifs aux rémunérations les plus faibles dont les enfants sont adhérents au contrat solidaire et prend la forme d'une aide forfaitaire annuelle et reconductible en faveur des dépenses de santé des enfants, sous conditions de ressources.

III- 6 Fonds retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est mis en place. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités ayant les pensions les plus faibles. L'octroi de cette aide tient compte des pensions du bénéficiaire retraité, les conditions d'attribution et le barème d'attribution, seront arrêtés par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) et pourront être révisés chaque année. L'alimentation de ce fonds s'opère via la collecte d'une cotisation additionnelle de 2 % acquittée par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

III- 7 Cotisations

III- 7 a Cotisation d'équilibre

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu, après avis de la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS). Le financement de la cotisation d'équilibre se répartit comme suit :

- En application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre des agents actifs, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime ;
- L'agent a à sa charge :
 - Une première part forfaitaire de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
 - Une part individuelle solidaire fixée en fonction de ses rémunérations mensuelles soumises à CSG et CRDS, plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30 % de la cotisation d'équilibre.

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place.

III- 7 b Cotisations des retraités

Le montant des cotisations des retraités sera fixé dans le contrat collectif. Cette cotisation est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre.

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- Au titre de la première année, à 100 % ;
- Au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- Au titre des troisième, quatrième et cinquième années, à 150 %.
- L'âge au-delà duquel le montant des cotisations des retraités n'évolue plus en fonction de l'âge est fixé à 75 ans par l'arrêté du 30 mai 2022.

III- 7 c Cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités

Le montant des cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités finance le recours aux garanties. Il sera fixé dans le contrat collectif :

- **Enfants**

Ce montant est fixé dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap. Ce montant est plafonné à 50 % de la cotisation d'équilibre des bénéficiaires actifs, pour les enfants de moins de 21 ans et dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

- **Conjoints des bénéficiaires actifs**

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs sera fixé dans le contrat collectif dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre après avis de la CPPS conformément à l'article 12 de l'accord du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

- **Conjoints des bénéficiaires retraités**

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités finance le recours aux garanties. Il sera fixé dans le contrat collectif après avis de la CPPS conformément à l'article 12 de l'accord du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

III- 7 d Cotisations aux garanties optionnelles

La souscription d'une garantie optionnelle, facultative, donnera lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel.

L'Employeur prend part au financement des garanties optionnelles de chaque agent actif à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite de 5 € par bénéficiaire actif et par mois quelle que soit l'option choisie.

Les cotisations des options des enfants sont diminuées de 50 % par rapport à leur coût réel afin de favoriser la solidarité au bénéfice des familles. Le financement de ce mécanisme de solidarité est assuré par les agents actifs et les retraités, selon un barème progressif établi en fonction de leur niveau de rémunérations et de pensions.

III- 8 Gestion

III- 8 a Gestion des adhésions

A l'initialisation, un flux de pré affiliation de masse, puis en cours d'exécution du marché, les affiliations « au fil de l'eau » seront réalisées par échange de données vers l'organisme complémentaire via un protocole d'échanges sécurisé. L'organisme complémentaire adressera un retour du flux d'acquiescement vers le système d'information de l'employeur.

Le format des données et les modalités d'échange des données seront déterminés par l'employeur et précisés ultérieurement dans la phase « offre » du marché. Avant l'entrée en vigueur du contrat et dans un délai qui sera fixé par le ministère, l'organisme complémentaire devra proposer une solution technique opérationnelle en production et réaliser une formation (paramétrage, réception et envoi de fichiers...) auprès des gestionnaires des différents employeurs du périmètre.

Une fois l'agent affilié, l'organisme complémentaire mettra à sa disposition un espace adhérent permettant à l'agent de compléter son dossier, de choisir une option, de rattacher conjoint et ayants-droits. Les données de souscription des options feront l'objet d'un flux d'échange de l'organisme complémentaire vers l'employeur.

Pour les agents actifs, la couverture par l'organisme devra être assurée dès le premier jour de leur arrivée dans les effectifs de l'employeur.

L'organisme complémentaire devra s'engager à se conformer aux exigences techniques en termes de systèmes d'informations, en particulier l'exigence de la Direction générale des finances publiques (DGFIP) de compatibilité avec la déclaration sociale nominative (DSN) mensuelle.

Le soumissionnaire devra intégrer un périmètre de services constitué de 7 opérateurs de systèmes d'information des ressources humaines (SIRH) différents dont certains services utilisent un circuit comptable de paie intégrée.

L'organisme complémentaire proposera des espaces et fonctionnalités web de gestion mis à disposition des services RH.

Le titulaire doit proposer des espaces et fonctionnalités web (Internet / Intranet) de gestion mis à disposition des bénéficiaires, afin de les informer sur les garanties (notices, services d'information, documentation...), réaliser certaines opérations transactionnelles (demande d'étude de devis ...) et consultations (décomptes santé...).

L'organisme complémentaire mettra à disposition des adhérents une plateforme téléphonique ainsi que l'organisation de permanences physiques.

Dans son offre, le soumissionnaire devra s'engager à respecter des délais de traitement maximaux notamment en ce qui concerne l'émission des cartes de tiers payant et le règlement des prestations frais de santé.

III- 8 b Gestion des cotisations

Dans le lot « santé », le calcul de la cotisation obligatoire de l'agent actif et son précompte pour versement à l'organisme complémentaire, ainsi que la déclaration aux organismes sociaux, fiscaux et complémentaires sont traités par la DGFIP, via les outils de paie et de DSN de l'Etat.

En ce qui concerne les agents actifs des établissements publics, les systèmes en charge de la paie seront précisés après notification du marché.

La souscription d'options en santé ainsi que l'ajout d'ayants droit, de conjoints et les cotisations afférentes sont gérés directement entre l'agent et l'organisme complémentaire. Ces dispositions sont susceptibles d'évoluer en cours de marché avec la mise en place d'un précompte en paie. La souscription d'options par chaque agent actif fera l'objet d'un retour d'information de l'OC vers l'employeur afin de permettre le versement de la participation employeur.

Pour les retraités, la souscription au panier de soin socle, aux options, l'ajout d'ayants droits et de conjoints et les cotisations afférentes sont gérés directement entre le retraité et l'organisme complémentaire. Ces dispositions sont susceptibles d'évoluer en cours de marché avec la mise en place d'un précompte sur les pensions de retraite.

III-8 c Information, communication

Lors de la mise en place, et en cours d'exécution du contrat, l'organisme complémentaire sera chargé de mettre en œuvre un plan de communication pour informer les agents, actifs, ayants droit et retraités des garanties prévues par le contrat collectif. L'information devra porter sur les garanties, les modalités d'affiliation, les modalités de souscriptions des options, de rattachement au contrat des conjoints et ayants droit, les coordonnées des interlocuteurs à contacter, les modalités de remboursements et de prise en charge des garanties en santé. L'organisme mettra à disposition un outil de calcul pour permettre aux bénéficiaires de simuler leur situation.

Le plan de communication sera établi par l'organisme complémentaire en concertation avec le ministère.

III- 8 d Suivi technique et comitologie

L'organisme complémentaire réalisera chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, les thématiques de l'enquête seront établies entre l'organisme complémentaire et l'employeur et les résultats lui seront communiqués.

L'article 28 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 instaure la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS). Elle est composée de l'employeur public et de représentants des organisations syndicales et assistée par un expert indépendant. L'organisme complémentaire devra participer aux réunions de la CPPS et aux réunions préparatoires.

L'organisme complémentaire sera chargé de produire, chaque année, selon les modalités et dans les délais qui figureront qui seront précisées par l'employeur. Ces documents pourront notamment comprendre les données de gestion des contrats, les indicateurs de gestion pour chaque catégorie de bénéficiaire, les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base et les options, les données relatives aux dépenses prises en charge, les restes à charge par prestation, le suivi de l'alimentation et de l'utilisation de fonds d'aide aux retraités et des mesures d'accompagnement social, une information précise et détaillée des éventuels aménagements des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaités par l'organisme assureur pour la prochaine échéance.

Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, pourra être demandée à l'organisme complémentaire.

L'offre du soumissionnaire devra assurer les prestations de support administratif de gestion.

Le soumissionnaire devra s'engager à respecter un calendrier type de transmission des éléments de reporting, en particulier pour la transmission des orientations prévues pour les évolutions de cotisation de l'année.

IV PRESTATIONS ATTENDUES : LOT N°2 « PREVOYANCE »

IV- 1 Périmètre du marché

L'offre du soumissionnaire devra couvrir l'ensemble des populations bénéficiaires souhaitées, ce qui correspond à un volume estimé à 134 000 personnes comprenant les agents actifs des directions et services du MEFSIN, des établissements et des autorités indépendantes qui ont manifesté leur volonté de rejoindre le contrat collectif.

L'offre du soumissionnaire devra proposer à l'ensemble des bénéficiaires des couvertures correspondant exactement au tableau des grilles de garanties (garanties complémentaires prévoyances et garanties additionnelles prévoyance en annexe 3).

L'offre du soumissionnaire devra assurer les prestations de support administratif de gestion ;
Le soumissionnaire devra s'engager à respecter un calendrier type de transmission des éléments de reporting, en particulier pour la transmission des orientations prévues pour les évolutions de cotisation de l'année suivante.

Le soumissionnaire devra intégrer un périmètre de services constitué de 7 opérateurs de SIRH différents, dont certains services utilisent un circuit comptable de paie intégrée.

IV- 2 Bénéficiaires à titre obligatoire

Les candidats sont informés qu'une évolution des textes réglementaires est attendue concernant le schéma d'adhésion obligatoire au volet prévoyance du régime de protection sociale complémentaire et notamment les cas de dispenses applicables

Sous cette réserve, le régime complémentaire obligatoire de couverture des risques prévoyance s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par les employeurs mentionnés à l'article 2 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)). Les agents actifs sont les fonctionnaires civils de l'Etat, les apprentis, les ouvriers d'Etat et les agents contractuels de droit public et les 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.

Pour les agents placés en position interruptive de rémunération par un employeur public, notamment en disponibilité ou en congé parental, le contrat est suspendu jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant des garanties incapacité et invalidité. S'agissant des garanties décès, il est suspendu ou reste en vigueur à la demande de l'agent.

IV- 3 Dispenses

Sous réserve de l'évolution à venir des textes portant adhésion obligatoire au volet prévoyance du régime de protection sociale complémentaire, certains agents pourront être dispensés d'adhérer au régime prévoyance. Il pourra s'agir des agents contractuels ou apprentis en contrat à durée déterminée ou contrat de mission inférieurs à douze (12) mois et des agents contractuels en contrat à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée supérieure à douze (12) mois qui justifient d'une couverture individuelle pour le même type de garanties.

IV- 4 Garanties

Par voie statutaire, l'Etat renforce la prise en charge des risques incapacité de travail, invalidité, décès, leur couverture étant d'abord assurée par le déploiement de nouvelles garanties « Employeur » dont la charge financière sera intégralement assurée par l'Etat en application par le [décret n° 2024-555 du 17 juin 2024](#) relatif aux garanties en matière de risque décès des agents publics de l'Etat, des militaires et des ouvriers de l'Etat et du [décret n° 2024-641 du 27 juin 2024](#) relatif au régime de certains congés pour raison de santé des fonctionnaires et des agents contractuels de l'Etat.

Ces garanties statutaires sont complétées par des garanties complémentaires en matière d'incapacité, d'invalidité et de décès dans les conditions définies à l'article 18 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, et le [décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024](#) relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat et mentionnées à l'annexe 3 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

IV- 4 a Congé de longue maladie et de grave maladie

Le contrat couvrira le congé de longue maladie prévu à l'article L. 822-6 du code général de la fonction publique et le congé de grave maladie prévu à l'article 13 du décret du 17 janvier 1986 susvisé, l'invalidité d'origine non professionnelle et le décès.

Il prévoira le versement d'une prestation complémentaire à l'agent en congé de longue maladie ou en congé de grave maladie lui permettant de percevoir :

- 100 % de sa rémunération la première année ;
- 80 % de sa rémunération la deuxième et la troisième année.

L'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues en congé de longue maladie pour les fonctionnaires et en congé de grave maladie pour les agents contractuels. La prestation est servie après déduction des sommes versées par l'employeur ou l'organisme de sécurité sociale.

IV- 4 b Prestation complémentaire en cas d'invalidité non professionnelle

Le contrat prévoira le versement d'une prestation complémentaire au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle ainsi qu'au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non professionnelle. Cette prestation complémentaire est au moins égale à 10 % de la rémunération telle que définie précédemment, hors majoration pour tierce personne, sous réserve que l'ensemble des sommes perçues ne dépasse pas 80 % de cette rémunération. Cette prestation complémentaire sera servie jusqu'à l'âge de 62 ans.

Le contrat prévoira le versement d'une prestation complémentaire à l'agent contractuel déclaré invalide à la suite d'une invalidité d'origine non professionnelle lui permettant de percevoir :

- 50 % de sa rémunération pour une invalidité de première catégorie définie au 1° de l'article L. 341-4 du code de la sécurité sociale ;
- 80 % de sa rémunération pour une invalidité de deuxième catégorie définie au 2° du même article ;

- 80 % de sa rémunération pour une invalidité de troisième catégorie définie au 3° du même article, hors majoration de 40 % pour tierce personne.

L'assiette servant au calcul de la rémunération est constituée du traitement ainsi que des primes et indemnités maintenues aux agents contractuels en congé de grave maladie.

La prestation est servie jusqu'à l'admission à la retraite de l'agent contractuel, après déduction des sommes versées par l'organisme de sécurité sociale.

IV- 4 c Capital décès

Le contrat prévoira le versement d'un capital décès aux ayants droit de l'agent décédé ou aux bénéficiaires qu'il a désignés. Le montant de ce capital décès est égal :

- Pour les fonctionnaires, au montant du capital décès défini aux articles 12 et 14 du décret n°2024-555 du 17 juin 2024 ;

Le montant du capital décès est égal à la rémunération brute, telle que définie à l'article L. 712-1 du code général de la fonction publique, du fonctionnaire décédé au cours des douze derniers mois. Ce montant est au moins égal à quatre fois le montant mentionné à l'article D. 361-1 du code de la sécurité sociale. Le traitement à prendre en considération est celui afférent à l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès. Lorsque le fonctionnaire décédé n'a pas accompli une durée de services égale à un an le jour de son décès, la rémunération de référence servant au calcul des montants mentionnés ci-avant correspond à la rémunération à laquelle aurait eu droit le fonctionnaire s'il avait accompli un an de services.

- Pour les agents contractuels, au montant du capital décès défini au premier alinéa de l'article 18 du décret n°2024-555 du 17 juin 2024. Le capital décès est égal au montant des douze derniers mois de rémunération brute de l'intéressé.

IV- 4 d Garanties additionnelles

Deux garanties additionnelles alternatives prévues à l'article 8 du [décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024](#) relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat seront proposées par l'organisme.

Elles porteront sur le congé de maladie (congé de maladie ordinaire CMO) prévus à l'article L. 822-1 du code général de la fonction publique et à l'article 12 du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 et sur le congé de longue durée (CLD) prévu à l'article L. 822-12 du code général de la fonction publique.

Ces garanties additionnelles sont décrites en annexe 3 et à l'annexe 3 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

En ce qui concerne le CMO

- la première garantie additionnelle aura pour objet de permettre à l'agent, à partir du 91^{ème} jour de CMO, de percevoir 100% de son traitement indiciaire brut (TIB) et de la nouvelle bonification indiciaire (NBI);
- la seconde garantie additionnelle aura pour objet, de permettre à l'agent, à partir du 91^{ème} jour de CMO, de percevoir à 100% du TIB et de la NBI et 70% des primes.

En ce qui concerne le CLD

- au titre des trois années de CLD, la première garantie additionnelle permettra à l'agent de percevoir 10% des primes, et au titre des 2ème et 3ème année de CLD de percevoir 100% du TIB et de la NBI ;
- au titre des trois années de CLD la seconde garantie additionnelle permettra à l'agent de percevoir 70% des primes et, au titre des 2ème et 3ème année, de CLD de percevoir 100% du TIB et de la NBI.

La souscription de garanties additionnelles est facultative et n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé lorsqu'elle intervient pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat souscrit par l'Employeur ou la date d'embauche de l'agent, si cette date est postérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Les garanties de base prévues et les garanties additionnelles ne couvrent pas le délai de carence.

L'ensemble des garanties complémentaires et additionnelles figurent à l'annexe 3 de l'accord ministériel du 21 juin 2024 ([NOR : ECOP2417733O](#)).

IV- 5 Cotisations

Pour les garanties complémentaires et additionnelles des risques incapacité, invalidité et décès, la rémunération de référence servant d'assiette au calcul des cotisations est celle définies par l'article 2.2 de l'accord du 20 octobre 2023, à l'article 4 du [décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024](#). Pour les garanties complémentaires du risque décès, elle est définie à l'article 7 de l'accord du 20 octobre 2023.

La cotisation versée au titre des garanties complémentaires et additionnelles des risques incapacité, invalidité et décès est calculée à partir d'un pourcentage de la rémunération de référence unique (rémunération brute annuelle soumise à CSG et CRDS) pour l'ensemble des bénéficiaires.

L'Employeur participe à hauteur de 7€ par mois au financement de la cotisation des bénéficiaires actifs versée au titre du socle interministériel de garantie du régime complémentaire de prévoyance. Les garanties additionnelles sont à la charge exclusive de l'agent.

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place.

IV- 6 Gestion

IV- 6 a Gestion des adhésions

A l'initialisation, un flux de pré affiliation de masse, puis en cours d'exécution du marché, les affiliations « au fil de l'eau » seront réalisées par échange de données vers l'organisme complémentaire via un protocole d'échanges sécurisé. L'organisme complémentaire adressera un retour du flux d'acquittement vers le système d'information de l'employeur.

Le format des données et les modalités d'échange des données seront déterminés par l'employeur et précisés ultérieurement dans la phase « offre » du marché. Avant l'entrée en

vigueur du contrat et dans un délai qui sera fixé par le ministère, l'organisme complémentaire devra proposer une solution technique opérationnelle en production et réaliser une formation (paramétrage, réception et envoi de fichiers...) auprès des gestionnaires des différents employeurs du périmètre.

Une fois affilié l'organisme complémentaire mettra à sa disposition un espace adhérent permettant notamment à l'agent de compléter son dossier, de choisir une garantie additionnelle.

Pour les agents actifs, la couverture par l'organisme devra être assurée dès le premier jour de leur arrivée dans les effectifs de l'employeur.

L'organisme complémentaire proposera des espaces et fonctionnalités web de gestion mis à disposition des services RH.

Le titulaire doit proposer des espaces et fonctionnalités web (Internet / Intranet) de gestion mis à disposition des bénéficiaires, afin de les informer sur les garanties (notices, services d'information, documentation...), réaliser certaines opérations transactionnelles (demande d'étude de devis ...) et consultations (décomptes santé...).

L'organisme complémentaire mettra à disposition des adhérents une plateforme téléphonique, ainsi que l'organisation de permanences physiques.

IV- 6 b Gestion des cotisations

Dans le lot « prévoyance », le calcul de la cotisation obligatoire de l'agent actif pour versement à l'organisme complémentaire, sera effectué par l'organisme complémentaire à partir des éléments annuels de rémunération de l'agent. Le versement des cotisations correspondant aux garanties à souscription obligatoire du contrat prévoyance sera effectué par l'employeur par précompte en paye pour le compte de l'agent actif affilié au contrat prévoyance.

La souscription des garanties additionnelles et le versement des cotisations afférentes sont gérés directement entre l'agent et l'organisme complémentaire. Ces dispositions sont susceptibles d'évoluer en cours de marché avec la mise en place d'un précompte en paye.

IV- 6 c Information et communication

Lors de la mise en place, et en cours d'exécution du contrat, l'organisme complémentaire sera chargé d'établir et mettre en œuvre un plan de communication pour informer les agents bénéficiaires actifs, des garanties prévues par le contrat collectif. L'information devra porter sur les garanties, les modalités d'affiliation, les modalités de souscriptions des garanties additionnelles, les coordonnées des interlocuteurs à contacter, les modalités de remboursements et de prise en charge dans le cadre des garanties en prévoyance.

L'organisme complémentaire mettra à disposition des agents un outil de calcul pour leur permettre de simuler leur situation.

L'organisme complémentaire réalisera chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires, les thématiques seront établies entre l'organisme complémentaire et l'employeur et les résultats lui seront communiqués.

IV- 6 d Suivi technique du régime et comitologie

La Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi est composée de l'employeur public et de représentants des organisations syndicales et assistée par un expert indépendant. L'organisme complémentaire sera tenu de participer aux réunions de la CPPS.

L'organisme complémentaire sera chargé de produire, chaque année, les données de gestion du contrat, selon les modalités et dans les délais qui seront précisées par l'employeur. Ces documents pourront notamment comprendre l'ensemble des comptes de résultats techniques, le suivi des indicateurs de gestion, une information précise et détaillée des éventuels aménagements des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaités par l'organisme assureur pour la prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime pour l'exercice en cours et des prévisions sur les comptes de résultats prévoyance.

Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, pourra être demandée à l'organisme complémentaire.