



**MINISTÈRE  
DE L'EUROPE  
ET DES AFFAIRES  
ÉTRANGÈRES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**aefe**

Agence pour  
l'enseignement français  
à l'étranger

# **CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES (CCTP)**

**MEAE\_23036\_DRH**

**LOT 1  
PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE  
SANTE**

## Table des matières

<b>ARTICLE 1 PREAMBULE - CONTEXTE.....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 2 OBJET DE L'ACCORD-CADRE .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 3 PÉRIMÈTRE DE L'ACCORD-CADRE .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 4 CONTENU DES PRESTATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Périmètre de la couverture.....</b>	<b>6</b>
<b>4.2 Bénéficiaires .....</b>	<b>6</b>
4.2.1 Bénéficiaires à titre obligatoire .....	6
4.2.2 Bénéficiaires à titre facultatif .....	7
4.2.3 Cas de dispenses d'adhésion (sur présentation de justificatifs).....	7
<b>4.3 Prise d'effet et cessation des garanties.....</b>	<b>8</b>
4.3.1 Prise d'effet.....	8
4.3.2 Formalité d'adhésion pour les options .....	8
4.3.3 Cessation des garanties .....	9
4.3.4 Résiliation à l'initiative des bénéficiaires .....	9
<b>4.4 Niveau des prestations.....</b>	<b>10</b>
4.4.1 Garantie de base : panier de soins France .....	10
4.4.2 Garanties optionnelles au panier de soins France .....	10
4.4.3 Panier de soins étranger.....	11
4.4.4 Exclusions.....	11
4.4.5 Actions de prévention .....	12
4.4.6 Accompagnement social.....	12
4.4.7 Fonds d'aide aux retraités.....	13
<b>4.5 Cotisations .....</b>	<b>13</b>
4.5.1 Régime de base (Panier de soins France ou Panier de soins Etranger) .....	13
4.5.2 Cotisations aux Options (disponibles pour le Panier de soins France) .....	17
4.5.3 Frais et chargement de gestion .....	18
<b>4.6 Portabilité .....</b>	<b>18</b>
<b>4.7 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.....</b>	<b>18</b>
<b>4.8 Participation aux bénéfices .....</b>	<b>19</b>
<b>4.9 Option Perte d'Autonomie (PSE).....</b>	<b>19</b>
<b>ARTICLE 5 : OFFRE DE GESTION .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1 Interlocuteurs dédiés.....</b>	<b>19</b>
<b>5.2 Gestion des adhésions.....</b>	<b>20</b>
5.2.1 Avec les équipes administratives .....	20
5.2.2 Avec les agents .....	20

<b>5.3 Communication envers les assurés.....</b>	<b>21</b>
<b>5.4 Gestion des cotisations .....</b>	<b>21</b>
<b>5.5 Processus et flux de données .....</b>	<b>21</b>
5.5.1 Processus de pré-affiliation.....	21
5.5.2 Processus d'affiliation .....	24
5.5.3 Processus de Gestion administrative paie et DSN .....	25
5.5.4 Processus de gestion administrative paie hors DSN pour les agents affectés à l'étranger : Phase transitoire avant migration vers l'application PAYSAGE .....	26
<b>5.6 Gestion des prestations .....</b>	<b>27</b>
5.6.1 Engagements de délais de traitement.....	28
5.6.2 Réseaux de soins ou équivalent .....	28
<b>5.7 Autres services aux assurés .....</b>	<b>29</b>
<b>5.8 Mise à disposition d'un espace Web RH sécurisé .....</b>	<b>29</b>
<b>5.9 Assistance et télémedecine .....</b>	<b>30</b>
<b>5.10 Communication.....</b>	<b>30</b>
<b>5.11 Suivi de la qualité de gestion.....</b>	<b>30</b>
<b>5.12 Gestion des prestations d'accompagnement social et du fonds d'aide aux retraités .....</b>	<b>31</b>
<b>5.13 Suivi technique du régime et comitologie .....</b>	<b>31</b>
<b>ARTICLE 6 SECURITE INFORMATIQUE .....</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 1 : Détermination de la cotisation d'équilibre.....</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 2 : Processus de pré-affiliation du point de vue de l'agent.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 3 : Processus de pré-affiliation du point de vue Ressources humaines MEAE-AEFE .....</b>	<b>38</b>
<b>Annexe 4 : flux retour du SIOC vers le SIRH pour le MEAE-AEFE.....</b>	<b>41</b>
<b>Annexe 5 : Déclaration sociale nominative .....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 6 Tableau de garanties Panier de soins France et Options/Etranger.....</b>	<b>46</b>

## Glossaire

MEAE	Ministère de l'Europe et des affaires étrangères
AEFE	Agence pour l'enseignement français à l'étranger
API	Interface de programmation d'application
CPPS	Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi
CRM	Compte-rendu métier
CTDSN	Concentrateur traducteur de la déclaration sociale nominative
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DSN	Déclaration sociale nominative
Employeur	L'un des services coordonnés décrits au CCAP (cahier des clauses administratives)
FPE	Fonction publique de l'Etat
Ordonnateur	Personne publique qui prescrit l'exécution des dépenses et recettes publiques
Panier de soins	Garanties de base définie dans l'accord interministériel relatif à la PSC de la fonction publique Etat du 26 février 2022
PMSS	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Services coordonnés	Services bénéficiaires ; Directions et services de l'État ou établissement publique ou autorité administrative indépendante ou publique, bénéficiaires de prestations
SIOC	Système d'information de l'organisme complémentaire
OC	Organisme complémentaire
Titulaire	Opérateur économique signataire du marché

### ARTICLE 1 PREAMBULE - CONTEXTE

Le dispositif juridique relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé dans la fonction publique de l'Etat pose un cadre ambitieux qui permet d'offrir aux agents un régime de protection sociale complémentaire en santé de qualité, fondé sur un socle interministériel de garanties santé, dans le cadre de contrats collectifs avec une participation financière de l'Employeur.

Cette prestation sociale de couverture des risques santé contribue à l'amélioration des conditions d'emploi des agents et au maintien de leur niveau de vie. Elle constitue également un facteur d'attractivité de l'Employeur.

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 santé. Cette adhésion obligatoire permet d'organiser une mutualisation entre tous les agents et de la prise en charge

d'une partie des cotisations par l'Employeur.

Ce régime succédera 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 la fonction publique d'Etat.

La négociation collective menée avec les organisations syndicales représentées au sein du comité social d'administration du ministère de l'Europe et des affaires étrangères ainsi qu'avec celles de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE) a conduit à définir, dans le respect de la réglementation en vigueur, les modalités, conditions et garanties du régime d'assurance collective complémentaire obligatoire santé et du régime facultatif en matière de prévoyance.

Le présent accord collectif s'inscrit dans le cadre du périmètre de l'accord de méthode signé le 27 mars 2023.

## **ARTICLE 2 OBJET DE L'ACCORD-CADRE**

Le présent accord-cadre a pour objet des prestations de complémentaire santé, à destination des agents, des retraités et leurs ayants droits du Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE), en France et à l'étranger.

Le présent accord-cadre doit aboutir sur la signature des contrats collectifs suivants :

- Concernant le Panier de soins France :
  - o Un contrat obligatoire pour les agents actifs
  - o Un contrat facultatif pour les retraités
  - o Un contrat facultatif pour les ayants droit
- Concernant le Panier de soins Etranger :
  - o Un contrat obligatoire pour les agents actifs
  - o Un contrat facultatif pour les ayants droit
- Concernant les options souscrites dans le cadre du Panier de soins France :
  - o Un contrat unique pour les agents actifs, les retraités et les ayants droit
  - o Remarque : Un contrat à caractère collectif et à adhésion facultative sera également prévu pour les ayants droit résidant en France d'un agent exerçant à l'étranger au titre du panier de soins France et des garanties optionnelles.

## **ARTICLE 3 PÉRIMÈTRE DE L'ACCORD-CADRE**

L'accord-cadre est conclu au bénéfice du (MEAE) et de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (l'AEFE).

Le périmètre ainsi défini peut s'étendre aux opérateurs du MEAE rejoignant ultérieurement le groupement de commande du MEAE, dans la limite du volume maximum défini dans le Cahier des clauses administratives particulières.

## **ARTICLE 4 CONTENU DES PRESTATIONS**

## 4.1 PERIMETRE DE LA COUVERTURE

Au titre du panier de soins France et de ses options, 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 ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, 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.

Les contrats collectifs de protection sociale complémentaire de la garantie de base et des options comportent également un dispositif de solidarité à destination des anciens agents non retraités inscrits comme demandeurs d'emploi et de leurs ayants droit (portabilité).

### **Spécificités du panier de soins Etranger :**

- **Pour les agents exerçant à l'étranger et leurs ayants droit, un panier de soins spécifique est prévu pour les soins effectués à l'étranger. Ce dernier disposera de la garantie rapatriement,**
- **Les options A, B et C ne sont pas proposées pour les agents exerçant à l'étranger (que les soins soient effectués en France ou à l'étranger),**
- **Lorsque les bénéficiaires du panier de soins étranger effectuent des soins en France, le niveau de prise en charge correspond au panier de soins France,**
- **Par exception, les ayants droit résidant en France d'un agent exerçant à l'étranger, pourront, s'ils le souhaitent, demander à ne bénéficier que du panier de soins France et de ses options A, B et C.**

## 4.2 BENEFICIAIRES

### ***4.2.1 Bénéficiaires à titre obligatoire***

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'article 3 du présent document.

L'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des établissements et Autorités indépendantes).

Il s'agit entre autres :

- Des fonctionnaires civils de l'Etat,
- Des agents contractuels de droit public (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif à titre obligatoire),
- Des agents contractuels de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif à titre obligatoire),
- Des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.
- Les maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association mentionnés au 6° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

Les agents ont la qualité de bénéficiaire actif et sont donc soumis à l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes **sous réserve de**

### **l'éligibilité du contrat de travail :**

- 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.

Les volontaires internationaux (VIA) sont déjà couverts par un autre dispositif et ne rentrent pas dans le périmètre de la protection sociale en santé.

#### ***4.2.2 Bénéficiaires à titre facultatif***

Les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au dispositif. **Toutefois, le panier de soins étranger n'est pas proposé aux agents retraités et à leurs ayants-droits.**

Les agents retraités ont la possibilité d'adhérer au dispositif dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du contrat et de la possibilité d'y adhérer.

Peuvent être affiliés au régime mis en place les ayants droit, conformément à l'article 5 du décret du 22 avril 2022 et sous réserve de l'article 6 :

- 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 (PACS) à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- Personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou à 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 de leur partenaire de PACS 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 :
  - Âgé de moins de 21 ans ;
  - Âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
  - Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le conjoint survivant au sens du 1° de l'article 5 du décret du 22 avril 2022 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.

#### ***4.2.3 Cas de dispenses d'adhésion (sur présentation de justificatifs)***

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents répondant aux

situations mentionnées ci-après, peuvent être dispensés d'adhésion, conformément à l'article 3 du décret du 22 avril 2022 :

- Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) ;
- Les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze mois ;
- Les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
- Les agents bénéficiaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit :
  - D'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droit au dit dispositif soit obligatoire ou facultative ;
  - D'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé ;
  - Du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
  - D'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle l'agent a été préalablement informé des conséquences de son choix. Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'employeur, à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au dispositif.

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.

#### **4.3 PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES**

##### **4.3.1 Prise d'effet**

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 ou des entités associées, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du dispositif 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 dispositif, 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 dispositif, pour pouvoir y adhérer. Les modalités d'information seront précisées ultérieurement.

##### **4.3.2 Formalité d'adhésion pour les options**

Dans le cadre du panier de soins France, le bénéficiaire lors de la complétude de son bulletin d'adhésion indique le cas échéant l'option à laquelle il souhaite adhérer.

**Le choix d'une option par l'agent exerçant en France, emporte automatiquement adhésion**



**à cette même option de ses ayants droit, affiliés au panier de soins France.**

L'agent aura la possibilité de changer d'option, dans la limite d'un changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

Le titulaire informe l'employeur de tout choix d'option par le bénéficiaire actif, par la mise en œuvre d'un flux d'échanges de données dédié entre le système d'information du titulaire et celui de l'employeur (cf. §5.5 Gestion des flux de données).

Remarque :

Les ayants droit résidant en France d'un agent exerçant à l'étranger auront également la possibilité de souscrire aux options A, B ou C en complément du panier de soins France. Ces derniers auront également la possibilité de changer d'option, dans la limite d'un changement par an, et devront s'acquitter de la cotisation correspondante.

L'adhésion aux options est une procédure directe entre l'agent bénéficiaire actif et l'organisme complémentaire. Cela ne passe pas par l'employeur. En outre, les cotisations afférentes aux ayants-droits sont versées hors paie par l'agent à l'organisme complémentaire.

#### **4.3.3 Cessation des garanties**

Les garanties du panier de base et des couvertures optionnelles cessent :

- Pour les bénéficiaires actifs à la date où ils cessent d'être employés et ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 4.2 Bénéficiaires du présent CCTP,
- Pour les bénéficiaires retraités à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret du 22 avril 2022 ;
- Pour les bénéficiaires ayants droit :
  - o À la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit ;
  - o À la même date que celle de l'agent ;

Le conjoint survivant au sens du II de l'article 5 du décret du 22 avril 2022 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.

#### **4.3.4 Résiliation à l'initiative des bénéficiaires**

Les bénéficiaires du dispositif portant les garanties optionnelles pourront résilier leur adhésion :

- A l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de deux mois avant l'échéance du contrat lors de la première année d'adhésion,
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an de bénéfice des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du Titulaire.

Cette résiliation n'aura pas d'effet sur la couverture des garanties de base (panier de soins France).

Elle entraînera la résiliation des garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants droit des agents et retraités concernés.

Les bénéficiaires à titre facultatif du contrat portant les garanties de base (panier de soins France ou panier de soins étranger) pourront résilier leur adhésion au contrat :

- A l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de deux mois avant l'échéance du contrat,
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an de bénéfice des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du Titulaire.

Cette résiliation entraînera automatiquement la résiliation de leur adhésion au contrat portant les garanties optionnelles de ces bénéficiaires, dans les mêmes conditions.

Le titulaire informe l'employeur de toute résiliation d'option par le bénéficiaire actif, par la mise en œuvre d'un flux d'échanges de données dédié entre le système d'information du titulaire et celui de l'employeur (cf. §5.5 Gestion des flux de données).

#### 4.4 NIVEAU DES PRESTATIONS

<b>Le contenu des garanties et le niveau des prestations sont décrits à l'annexe 6 du CCTP.</b>
---

Les prestations s'entendent, sauf mention contraire, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

Le Titulaire peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus dans le tableau de garanties.

##### **4.4.1 Garantie de base : panier de soins France**

La garantie de base ainsi que les montants de remboursement, définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé, sont repris dans le contrat collectif.

L'adhésion à la garantie de base, correspondant au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout agent actif sauf cas de dispenses limitativement énumérés à l'article 4.2.3 du présent CCTP.

La garantie de base fait l'objet d'un contrat spécifique qui doit être responsable. Les critères définissant le caractère responsable du contrat étant évolutifs, le Titulaire doit tenir compte des modifications et les intégrer dans la garantie de base du contrat collectif. Il doit en outre organiser, diffuser l'information et en justifier la bonne réception auprès des bénéficiaires affiliés.

##### **4.4.2 Garanties optionnelles au panier de soins France**

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des assurés, des garanties optionnelles

(Option A, B et C) peuvent être souscrites par ces derniers, uniquement s'ils bénéficient du panier de soins France.

Ces garanties font l'objet d'un contrat distinct de celui portant sur la garantie du panier de soins interministériel. Ce contrat facultatif est géré directement entre le bénéficiaire et le Titulaire.

Les taux et montants de remboursement des garanties peuvent faire l'objet de modifications annuelles à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) ou du Titulaire donnant lieu à une validation par les membres de cette commission. La commission se réunit annuellement à cet effet.

Les garanties optionnelles font l'objet d'un contrat spécifique qui doit être responsable. Les critères définissant le caractère responsable du contrat étant évolutifs, le Titulaire doit tenir compte des modifications et les intégrer dans les garanties optionnelles du contrat. Il doit en outre organiser, diffuser l'information et en justifier la bonne réception **auprès des bénéficiaires affiliés**.

Comme précisé supra, le Titulaire informe l'employeur de tout choix d'option par le bénéficiaire actif, par la mise en œuvre d'un flux d'échanges de données dédié entre le système d'information du Titulaire et celui de l'employeur (cf. §5.5 Gestion des flux de données).

#### **4.4.3 Panier de soins étranger**

Les agents exerçant hors du territoire français seront rattachés au panier de soins étranger, sous réserve que la durée de présence est supérieure à deux mois et deux jours. **Ces derniers seront couverts dès le premier jour d'exercice.**

Lors de leurs séjours en France, les bénéficiaires du panier de soins étranger sont indemnisés de leurs dépenses de frais de santé exposées en France sur la base du panier de soins France.

Le panier de soins étranger est accessible aux ayants droit des agents exerçant à l'étranger. **Ces derniers peuvent néanmoins faire le choix de ne pas s'affilier au panier de soins étranger et d'adhérer au panier de soins France (et éventuellement souscrire à l'une des trois options du panier de soins France).**

Les options A, B et C ne sont pas proposées pour les agents affectés à l'étranger (que les soins soient effectués en France ou à l'étranger).

#### **4.4.4 Exclusions**

Ne sont pas pris en charge par le Titulaire au titre des soins réalisés en France :

- Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme sauf mention aux tableaux de garanties,
- Les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires,
- Les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires, sauf si des soins sont en cours à la date de résiliation (hospitalisation, soins orthodontique...),
- La participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors

- parcours de soins prévues par le code de la Sécurité sociale,
- Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé.

Ne sont pas pris en charge par le Titulaire au titre des soins réalisés à l'étranger :

- Les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires,
- Les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires,

**Les remboursements effectués à l'étranger sont plafonnés à 300 000 € par an et par bénéficiaire (hors garantie rapatriement).**

#### **4.4.5 Actions de prévention**

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif sera conclu. 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.

Les actions de prévention peuvent par exemple être les suivantes :

- Réaliser des campagnes de prévention, y compris sur les risques psycho-sociaux,
- Mettre à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé,
- Diffuser des contenus d'information santé,
- Dépistage du Cholestérol ; Dépistage de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC),
- Dépistage du diabète,
- Coaching bien-être (nutrition, sommeil, conduites addictives),
- Prévention contre les risques musculosquelettiques,
- Promotion de pratiques et comportements favorables à la santé,
- Lutte contre les addictions,
- Lutte contre la sédentarité.

Le Titulaire propose annuellement un programme d'actions de prévention qui sera mis en œuvre pour l'année suivante avant le 15 septembre. Ce programme sera soumis à l'approbation de la CPPS.

#### **4.4.6 Accompagnement social**

Les bénéficiaires du contrat collectif pourront bénéficier de prestations d'accompagnement social, dans l'objectif de réduire leur cotisation, avec une attribution en fonction de leur état de santé et de leurs ressources. Ces prestations ne se substituent pas aux prestations d'assistance décrites plus bas.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à

la mise en place du dispositif, à 1,5 % des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution des prestations d'accompagnement social seront déterminées par la CPPS.

Le Titulaire règle directement, lorsque c'est possible, les sommes allouées au bénéficiaire à travers l'accompagnement social.

En cas de résiliation, le solde du dispositif d'accompagnement social est intégralement transféré au nouvel assureur éventuel.

#### **4.4.7 Fonds d'aide aux 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. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

Le financement de ce fonds est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif, à 2 % des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide sont déterminées par la CPPS et pourront évoluer chaque année.

Les bénéficiaires de ce fonds s'acquittent d'une cotisation réduite, le complément étant prélevé par le Titulaire sur le fonds, dans la limite de son montant.

En cas de résiliation, le solde du fonds est intégralement transféré au nouvel assureur éventuel.

Le Titulaire propose un critère de mesure des ressources du retraité et se charge de vérifier ses conditions d'éligibilité à la réduction financée par le fonds.

Remarques :

Les agents détachés auprès de l'AEFE réintègrent leurs administrations d'origine (essentiellement le Ministère de l'Education Nationale) qui procèdent à leurs mises à la retraite. Retraités de leurs administrations d'origine, ils relèveront du contrat de protection sociale complémentaire de ces dernières. Ils ne bénéficieront pas du fonds d'aide aux retraités du Ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Seule, une dizaine d'agents en CDI sera susceptible de devenir bénéficiaire retraité.

## **4.5 COTISATIONS**

### **4.5.1 Régime de base (*Panier de soins France ou Panier de soins Etranger*)**

Les cotisations du régime de base sont déterminées en application du décret du 22 avril 2022 et ne varient pas en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. Pour les bénéficiaires actifs (et leurs ayants droit), elles ne dépendent pas de leur âge (à l'exception de la majoration des cotisations enfants et petits-enfants à compter de 21 ans). Pour l'ensemble des bénéficiaires à l'exclusion des

conjointes des bénéficiaires retraités, elles sont fonction de la cotisation d'équilibre (puis majorées des cotisations additionnelles décrites ci-après).

## Cotisation d'équilibre

L'article 14 du décret pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

La cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

1. Du coût total mensuel du financement des garanties du panier de soins prévues pour l'ensemble des bénéficiaires actifs de ce contrat, qui est appelé **cotisation de référence**. Cette cotisation de référence équivaut au coût mensuel des garanties pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs ; Les frais de gestion ainsi que les taxes sont réputés inclus dans la cotisation de référence.
2. Du coût mensuel des dispositifs de solidarité du décret du 22 avril 2022 :
  - A l'article 22 : plafonnement des cotisations des retraités,
  - A l'article 25 : gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> enfant,
  - A l'article 26 : portabilité suite à la rupture du contrat de travail.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année, selon les termes de l'article 28 du Décret du 22 avril 2022, la commission paritaire de pilotage et de suivi proposant la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme avec lequel les contrats collectifs sont conclus.

## Cotisations additionnelles

Des taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités et à financer des prestations d'accompagnement social ont été négociés et viennent s'ajouter aux cotisations dues par les bénéficiaires agents (à l'exclusion de la part employeur), retraités et ayants droit.

Le **fonds d'aide à destination des retraités** est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires des contrats collectifs, dont le pourcentage est fixé à **2% des cotisations hors taxe**.

Les **prestations d'accompagnement social** sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à **1.5 % des cotisations hors taxe**.

Ces taux sont susceptibles d'évoluer sur proposition majoritaire de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS). La modification doit être actée par avenant à l'accord collectif.

## Cotisations applicables aux différentes catégories de bénéficiaires du dispositif

Sur le fondement de cet article et des articles suivants du décret du 22 avril 2022, les cotisations applicables aux différents bénéficiaires du dispositif auront les caractéristiques suivantes :

### **-Pour les bénéficiaires actifs :**

La cotisation moyenne due pour les agents actifs s'acquittant d'une cotisation est égale à la cotisation d'équilibre **majorée des cotisations additionnelles**.

Pour chaque agent, en application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime.

L'agent a à sa charge :

- Une part forfaitaire de 20% de la cotisation d'équilibre ;
- Une part individuelle solidaire fixée en fonction de sa rémunération mensuelle brute plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle représente en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires actifs 30 % de la cotisation d'équilibre. La personne publique communiquera le taux unique à appliquer pour déterminer la part individuelle solidaire.

La part individuelle solidaire sera assise sur la rémunération mensuelle brute, définie comme la part des rémunérations soumises à CSG et CRDS et plafonnées au PMSS.

Le financement de la cotisation d'équilibre au panier de soins étranger se répartit selon les mêmes modalités que celles prévues pour le panier de soins France.

La cotisation acquittée par les bénéficiaires actifs qui sont placés dans l'une des situations ou positions n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions, est égale à 50% de la cotisation d'équilibre hors cotisations additionnelles, la part employeur restant inchangée.

Le processus de détermination de la cotisation d'équilibre, de la cotisation employeur et des parts forfaitaire et solidaire de la cotisation agent est décrit en Annexe 1 de ce document.

### **Particularité pour les agents en rémunération partielle :**

Il convient d'appliquer à ces agents la même règle que celle des actifs « classiques », c'est-à-dire une cotisation composée d'une part individuelle forfaitaire, d'une part individuelle solidaire ainsi que des cotisations additionnelles. Le calcul, le précompte, le versement et la déclaration de la cotisation relèvent du processus commun.

### **Particularité pour les agents sans rémunération :**

L'agent dont la rémunération est suspendue devra régler la totalité de la cotisation (part employeur et part agent) directement à l'organisme complémentaire.

Ces cotisations seront calculées par l'organisme complémentaire. Etant toujours éligible à la participation de l'employeur, l'agent sera remboursé via le canal de paye avec l'édition d'un bulletin de paye ad hoc comportant le remboursement de la part employeur après déduction des prélèvements sociaux qui s'applique à cette participation. En qualité de souscripteur du contrat, l'employeur sera responsable du paiement des cotisations quand bien même le versement interviendrait dans le cadre d'une relation directe entre l'agent et l'organisme complémentaire. En cas de carence de l'agent dans le versement des cotisations, et après relance de l'agent par l'organisme complémentaire, ce dernier signalera à l'employeur le cas individuel. L'employeur

assurera alors le versement des cotisations manquantes et se retournera vers son agent pour obtenir le remboursement des cotisations avancées par lui.

Particularités en fonction du lieu d'affectation

**Alsace-Moselle**

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. Le contrat passé avec le Titulaire gèrera cette situation sous la forme d'une population idoine.

**Étranger et collectivités d'outre-mer**

Les contrats collectifs comportent les adaptations nécessaires à leur mise en œuvre pour les bénéficiaires employés à l'étranger et dans les collectivités d'outre-mer relevant de l'article 74 de la Constitution (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis et Futuna) et en Nouvelle-Calédonie.

Les contrats pour les agents affectés à l'étranger sont non responsables.

**Mayotte**

Les agents affiliés à la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte sont bénéficiaires actifs du contrat collectif. (cf. Décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 – art. 16, paragraphe 3°)

- **Pour les bénéficiaires retraités :**

Les cotisations des bénéficiaires retraités peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

Les cotisations des retraités (hors cotisations additionnelles) seront limitées à 175% de la cotisation d'équilibre du contrat. Ce plafond peut être abaissé par le soumissionnaire.

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 (hors cotisations additionnelles) 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 année, à 150 %

Les taux indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires ou être adaptés par la CPPS dans les conditions fixées par l'article 23 du décret du 22 avril 2022.

**Les retraités doivent également s'acquitter des cotisations additionnelles.**

- **Pour les ayants droit enfants des bénéficiaires actifs et retraités :**

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités sont fixées dans le contrat collectif :



- Dans la limite de 50% de la cotisation d'équilibre et de telle sorte à assurer le recours effectif aux garanties du panier de soins pour les enfants de moins de 21 ans. En complément, le dispositif prévoit une gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans,
- Dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre et de telle sorte à assurer le recours effectif aux garanties du panier de soins pour les enfants de plus de 21 ans et dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite d'études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap.

**Ces cotisations sont majorées des cotisations additionnelles.**

- **Pour les ayants droits conjoints des bénéficiaires actifs :**

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs sont fixées dans le contrat collectif par le titulaire dans la limite de 110% de la cotisation d'équilibre et de telle sorte à assurer le recours effectif aux garanties du panier de soins.

**Ces cotisations sont majorées des cotisations additionnelles.**

- **Pour les ayants droits conjoints des bénéficiaires retraités :**

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités sont fixées dans le contrat collectif par le titulaire de telle sorte à assurer le recours effectif aux garanties du panier de soins et ne sont pas exprimées en fonction de la cotisation d'équilibre.

**Ces cotisations sont majorées des cotisations additionnelles.**

#### ***4.5.2 Cotisations aux Options (disponibles pour le Panier de soins France)***

Lorsque l'agent choisit d'adhérer à l'une des garanties optionnelles, il doit s'acquitter de la cotisation correspondant aux bénéficiaires du régime de base (i.e. l'agent et ses éventuels ayants droit). A cet effet, cette souscription, facultative, donnera lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel (France).

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 dispositifs optionnels ne sont pas disponibles pour les agents relevant du Panier de soins Etranger.**

Contrairement aux cotisations versées dans le dispositif de base, celles acquittées dans le cadre des garanties optionnelles ne bénéficient pas d'exonérations sociales et fiscales.

Le montant des cotisations acquittées au titre des ayants droit, âgés de moins de 21 ans d'un

même bénéficiaire est plafonné à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants. La gratuité à partir du troisième enfant de moins de 21 ans est également prévue dans le cadre des garanties optionnelles.

Les cotisations de ces garanties sont obligatoirement exprimées en euros et selon la structure tarifaire suivante pour 2026 :

- Pour les actifs et leurs ayants droit : adulte / enfant,
- Pour les retraités et leurs conjoints : tarif en euros par âge, plafonné à 85 ans.

Les cotisations seront versées directement par le bénéficiaire au Titulaire.

#### **4.5.3 Frais et chargement de gestion**

Les frais et chargements de gestion sont inclus dans les taux de cotisations en distinguant :

- Gestion administrative (affiliations et cotisations, prestations, pilotage et reporting technique et de gestion) assurance,
- Autres (à préciser par le Titulaire)

Il est rappelé que le panier de soins France ainsi que les options A, B et C sont des **contrats responsables** (taxe à 13,27 %). **Le panier de soins étranger n'est pas taxé.**

## **4.6 PORTABILITE**

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 seront maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une période limitée à la durée de son dernier contrat de travail ne pouvant dépasser 12 mois. Les conditions sont précisées à l'article 26 du décret précité.

**Sous réserve de l'éligibilité du contrat de travail ouvrant droit à un régime d'assurance chômage**, 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 et qu'il en ait fait une demande justifiée.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements aient été ouverts.

Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, options comprises, y compris en cas d'évolution du régime.

## **4.7 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

De plus, l'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Le montant des cotisations est identique à celui d'un actif.

S'il n'y a ni maintien de salaire, ni revenu de remplacement, le salarié en suspension de contrat de travail peut demander à continuer de bénéficier du contrat aux conditions identiques aux actifs, sous réserve du paiement direct à l'assureur de la totalité des cotisations par prélèvement des cotisations.

#### **4.8 PARTICIPATION AUX BENEFICES**

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place. Les garanties du panier de soins France et du panier de soins étranger sont concernées par ce mécanisme, qu'elles s'appliquent aux agents actifs, aux retraités ou aux ayants droit.

Le taux d'attribution attaché à cette participation aux bénéfices ne peut pas être inférieur à 85% du résultat technique. Cette participation aux bénéfices alimente une réserve de participation, gérée chez l'assureur.

Chaque année, cette réserve est :

- Alimentée de la quote-part de résultats techniques s'ils sont positifs,
- Prélévée, dans la limite de son montant, des résultats techniques s'ils sont négatifs.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, cette réserve est intégralement transférée au nouvel assureur, sans pénalité, dans un délai qui ne peut excéder 12 mois au-delà de la résiliation des conventions d'assurance.

#### **4.9 OPTION PERTE D'AUTONOMIE (PRESTATION SUPPLEMENTAIRE EVENTUELLE FACULTATIVE)**

En plus des garanties santé, le Titulaire propose un contrat collectif à adhésion facultative au titre de la perte d'autonomie. Ce contrat est à destination des ayants droit des actifs, des retraités et de leurs ayants droit. Ce dernier devra préciser les conditions d'adhésions, les conditions d'ouverture des droits, les niveaux de prestations ainsi que les tarifications associées.

Cette option sera à la charge exclusive des adhérents.

### **ARTICLE 5 : OFFRE DE GESTION**

#### **5.1 INTERLOCUTEURS DEDIES**

Le Titulaire doit désigner divers interlocuteurs dédiés pour toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

En cas de modification d'interlocuteurs de gestion dédiés, et ou de leurs coordonnées, le Titulaire s'engage à en informer l'employeur dans les 30 jours (calendaires) suivant ce changement et à désigner un remplaçant d'un niveau au moins égal à l'intervenant défaillant. La continuité du service ne doit pas être interrompue.

Il doit donc être mis à disposition :

- Une direction de projet : pilotage et coordination de la relation avec l'employeur,
- Une équipe projet de mise en place du dispositif (flux SIRH, espaces RH et agents...),
- Des interlocuteurs dédiés au déploiement commercial des dispositifs facultatifs (ayants droit facultatifs, options, retraités stock et flux),
- Des interlocuteurs dédiés pour la couverture des frais de santé pour l'ensemble des bénéficiaires des contrats,
- Des interlocuteurs dédiés pour la gestion des affiliations et des cotisations, ainsi que la mise en place des flux avec les SIRH du MEAE et de l'AEFE,
- Des interlocuteurs pour la gestion de la relation avec les services RH/paie du ministère et la gestion de la relation avec les agents et anciens agents du MEAE et de l'AEFE.

## 5.2 GESTION DES ADHESIONS

### 5.2.1 Avec les équipes administratives

L'organisation et les moyens et processus mis en œuvre doivent faciliter la gestion des adhésions, des modifications et des radiations, à disposition des services RH du MEAE et de l'AEFE.

Par ailleurs, il est demandé de minimiser les impacts sur les équipes du MEAE et de l'AEFE (notamment en automatisant le maximum de tâches possibles. L'organisme complémentaire s'appuie pour cela sur l'article 5.5 Gestion des flux de données du présent CCTP.

### 5.2.2 Avec les agents

Les assurés doivent pouvoir bénéficier d'espaces et fonctionnalités web ou application mobile dédiés notamment à la gestion des adhésions et des différentes opérations en lien avec l'adhésion.

Par ailleurs, le Titulaire doit proposer un accompagnement digitalisé (et présentiel) afin :

- D'assurer l'information des agents sur les offres mises en place,
- Proposer un simulateur permettant au bénéficiaire d'estimer sa cotisation en fonction de sa situation, de celles de ces ayants droit et du choix éventuel des options,
- Proposer les parcours d'adhésion digitalisés permettant de :
  - recueillir les bulletins d'adhésion, y compris des ayants droit,
  - proposer le choix entre les différentes formules de garanties,
  - déposer les justificatifs nécessaires à la mise en gestion (attestation vitale, mandat SEPA, RIB),

**Il est précisé que le simulateur évoqué doit être accessible avant que l'agent n'entre dans le parcours d'affiliation, afin qu'il puisse se rendre compte, en indiquant sa rémunération mensuelle brute, du coût de la cotisation au panier de soins et de sa part après déduction de la part employeur. Le simulateur devra également être en mesure de déterminer les cotisations au titre des ayants droit et des garanties optionnelles.**

Les espaces et fonctionnalités web seront proposés à la personne publique pour validation avant leur mise en service.

Le Titulaire met à disposition un livret d'accueil pour les bénéficiaires précisant :

- Les garanties dont ils bénéficient,
- Les modalités d'affiliation des bénéficiaires,
- Les coordonnées (courriels, téléphone) des interlocuteurs à contacter pour la mise en œuvre, la gestion et le suivi des garanties,
- Les modalités de gestion du site extranet dédié,
- Tout document indispensable pour les prises en charges médicales,
- Les modalités de prise en charge et de remboursement dans le cadre des garanties frais de santé / santé.

### 5.3 COMMUNICATION ENVERS LES ASSURES

Dans le but de faciliter les différentes démarches que peuvent être amenées à effectuer les assurés, ces derniers peuvent contacter l'assureur via sa plateforme téléphonique (sans surcoût et tenant compte des fuseaux horaires des différents pays) ou à travers les permanences physiques en France.

### 5.4 Gestion des cotisations

La gestion des flux financiers et le règlement des cotisations sont décrits à l'article Modalités financières et paiements du CCAP.

### 5.5 PROCESSUS ET FLUX DE DONNEES

#### 5.5.1 Processus de pré-affiliation

Les bénéficiaires actifs doivent être couverts dès le 1er janvier 2026 pour les agents exerçant au MEAE et à l'AEFE : ainsi le processus de pré-affiliation des agents doit intervenir avant cette date. Pour les nouveaux arrivants, la couverture devra courir dès le premier jour d'affectation. Il est également nécessaire de passer par une étape de pré-affiliation.

En cas de transmission tardive des informations de pré-affiliation à l'organisme de complémentaire santé, il lui est demandé de couvrir l'agent dès son premier jour d'affectation, même si la demande de pré-affiliation arrive après le premier jour d'affectation de l'agent (prise en charge rétroactive).

Pour la pré-affiliation, des données sont transmises de manière sécurisée par la personne publique au Titulaire, sans passer par la DSN, via un protocole PeSIT(S) (CFT) ou SFTP.

Le Titulaire doit accuser réception de ces données.

Les informations transmises permettent la mise en relation entre le bénéficiaire actif et le Titulaire du contrat, afin de réaliser la pré-affiliation. Par ailleurs, le Titulaire peut obtenir directement les informations complémentaires auprès de l'agent. Ces données doivent être retournées à la personne publique de manière sécurisée. Les adresses électroniques en erreur doivent être signalées par le Titulaire à l'employeur en classant les erreurs (absence, mail inexistant...).

Les informations qu'il est prévu de transmettre du SIRH vers le SIOC (Système d'informations de l'organisme complémentaire) sont à minima :

- Matricule de l'agent
- SIREN de l'employeur,
- NIC
- Référence du contrat
- Code organisme
- Numéro d'inscription au répertoire,
- Nom de naissance de l'agent,
- Prénoms de l'agent,
- Date de naissance
- Lieu de naissance
- La date de début d'affiliation

D'autres données pourront être transmises afin de compléter le dossier, sans qu'elles soient obligatoires :

- Code délégataire de gestion
- Nom d'usage
- Numéro, extension, nature et libellé de la voie
- Code postal
- Localité
- Code pays
- Code de distribution à l'étranger
- Codification UE
- Complément de la localisation de la construction
- Service de distribution, complément de localisation de la voie
- Adresse mel principale (professionnelle)
- Code population de rattachement

La description complète du flux de pré-affiliation se trouve en annexe 2 et annexe 3 du CCTP.

Les données de pré-affiliation adressées par l'employeur doivent être intégrées au système d'information du Titulaire.

Le Titulaire adresse :

- À l'employeur une confirmation listant individuellement l'ensemble des agents pré-affiliés à une fréquence à définir via une interface dédiée (voir ci-dessous et en annexe 4 la description du flux retour de pré-affiliation)
- À chaque agent une confirmation d'affiliation par mail et les moyens d'accès lui permettant d'apporter les informations complémentaires nécessaires à la finalisation de l'affiliation au contrat socle.

Le bénéficiaire actif a la possibilité à ce stade de compléter son affiliation par des garanties optionnelles (cf. article 4.4.2 Garanties optionnelles) et l'affiliation d'ayants droit dans le cadre d'une démarche bilatérale auprès du Titulaire, sans intervention de la personne publique.

Le SIOC doit prévoir en retour d'adresser la confirmation d'affiliation de l'agent (via le flux retour) et les modifications du contrat demandées par l'agent sur le site du Titulaire (options, ayants-

droits), afin d'effectuer l'ajustement des cotisations.

L'organisme doit en particulier prévoir un horodatage des informations adressées pour opérer un suivi à chaque transmission du flux retour de pré-affiliation à l'employeur.

Lors du flux retour de pré-affiliation de l'OC vers le SIRH, les données à transmettre seront, a minima, outre les données techniques permettant d'identifier le flux :

- L'horodatage de retour
- L'évènement (retour de pré-affiliation, gestion de la couverture de l'agent)
- Le matricule de l'agent,
- Le SIRET de l'employeur,
- Le NIC
- La référence du contrat
- Le code organisme
- Le numéro d'inscription au répertoire
- Le nom de naissance et le nom d'usage de l'agent
- Les prénoms de l'agent
- Le statut du dossier de l'agent
- Le code retour
- Le motif du statut du dossier de l'agent

**En cas de non-intégration d'un agent, il convient que le retour porte un motif.**

Des modalités d'échange par une interface automatisée sont à prévoir par le Titulaire, selon des règles à préciser de déclenchement des envois (fréquence, événements déclencheurs), de contenu et de sécurisation des échanges, et de réception (accusés de réception techniques et/ou fonctionnels).

Pour le MEAE : les données transmises par le Titulaire seront intégrées, dans le système Sirhius (progiciel permettant la gestion administrative et la préliquidation de la paie des agents) via une interface entrante avec flux sécurisé (protocoles PeSIT(S) (CFT) ou SFTP). Ce flux retour comporte un volet acquittement pour la pré-affiliation dans les serveurs de l'OC, un volet option santé. Il comportera également l'identifiant de connexion de l'agent.

Le flux retour est décrit en annexe 4 du présent CCTP.

Pour l'AEFE : les données transmises par le Titulaire seront intégrées dans MAGE (pour l'étranger) et Winpaie, outil actuellement utilisé mais susceptible d'être remplacé en cours de marché, (pour la France) via une interface entrante avec flux sécurisé (protocoles PeSIT(S) (CFT) ou SFTP). Ce flux retour comporte un volet acquittement pour la pré-affiliation dans les serveurs de l'OC, un volet option santé. Il comportera également l'identifiant de connexion de l'agent.

Pour l'initialisation du dispositif, il s'agit d'une pré-affiliation en masse qui permettra la pré-affiliation de tous les bénéficiaires actifs présents dans le SIRH du MEAE et des SIRH de l'AEFE.

- La gestion de la dispense étant réalisée par le MEAE et l'AEFE, la pré-affiliation en masse permettra la pré-affiliation de tous les bénéficiaires actifs **non dispensés** du MEAE et de l'AEFE.

Dès notification de l'accord-cadre, des modalités d'échange par une interface automatisée sont à prévoir par le titulaire, selon des règles de déclenchement des envois (fréquence, événements déclencheurs), de contenu, de structures, de formats et de sécurisation des échanges, et de réception (accusés de réception techniques et/ou fonctionnels) définies par Les employeurs (MEAE et AEFE). Le titulaire doit prévoir de s'y conformer pour la mise en œuvre des échanges de données. Pour tenir compte des délais de développement et de tests, les développements à réaliser pour adapter le SIOC et mettre en œuvre les échanges de flux avec les SIRH devront démarrer dès notification de l'accord-cadre sous quatre mois.

La cible doit permettre le moins de saisie possible par les gestionnaires du MEAE et de l'AEFE, et des procédures les plus réactives possibles.

### **5.5.2 Processus d'affiliation**

Il faut distinguer l'affiliation des bénéficiaires actifs affectés en France et celle des bénéficiaires actifs non rémunérés de celle des bénéficiaires actifs affectés à l'étranger.

L'affiliation des bénéficiaires actifs France et celle des bénéficiaires actifs non rémunérés transite via la Déclaration Sociale Nominative (DSN) mensuelle auprès du Titulaire.

La fin d'affiliation de ces bénéficiaires est adressée par le MEAE ou l'AEFE à l'organisme complémentaire via la paie et la DSN mensuelle.

L'affiliation des bénéficiaires actifs étranger s'effectuera, dans un premier temps, directement entre le bénéficiaire et le Titulaire et à long terme le processus d'affiliation de ces agents sera identique à celui des agents affectés en France.

Un ou plusieurs tests doivent être réalisés sur l'ensemble de la chaîne avant de passer en phase de production. Ces tests doivent être réalisés pour chaque employeur et pour chaque outil de paie (SIRH du MEAE et MAGE et Winpaie pour l'AEFE).

Une base de données « école » pourra utilement être mise à disposition par le Titulaire.

Les tests sont réalisés progressivement, et par processus. Les tests réalisés seront à minima les suivants :

- Test processus d'initialisation/révision des paramètres du SIRH,
- Test processus d'affiliation en masse à la passation du contrat collectif PSC Santé (pré-affiliation) et test d'affiliation au fil de l'eau
- Test Processus de gestion administrative, Paie et DSN,
- Test processus de fin d'affiliation PSC (avec portabilité),
- Test processus de gestion des options et des ayants droit,
- Test processus retour du flux de pré-affiliation du SIOC vers le SIRH En particulier, seront testés la transmission de l'identifiant de l'agent,
- Le flux d'acquittement lié à la gestion de la pré-affiliation dans le SIRH
- Le flux des données utiles à la gestion des options dans le SIRH.



### **5.5.3 Processus de Gestion administrative paie et DSN**

#### Pour le MEAE

Le SIRH du MEAE (Sirhius) permet la gestion administrative et la pré liquidation de la paie des agents. Les données nécessaires à l'établissement de la paie (dont font désormais partie les données utiles à la gestion de l'affiliation à la prestation sociale complémentaire) sont transmises une fois par mois.

-Pour les agents affectés en France : à l'application paie/PAYSAGE de la DGFIP qui liquide la paie des agents de la fonction publique de l'Etat.

-Pour les agents affectés à l'étranger : à l'application/ETR de la DSFIPE qui liquide la paie des agents de la fonction publique de l'Etat rémunérés à l'étranger.

#### Pour l'AEFE

**La gestion administrative et financière des personnels détachés à l'étranger** est assurée par la DRH du réseau, située au siège Nantais de l'agence. Elle dispose en paie d'un numéro de Siret propre.

Le SIRH, MAGE, est un Progiciel de Gestion intégré (PGI) sous PeopleSoft avec 90% de développement spécifique à l'opérateur AEFE.

Il intègre un module de saisie des variables de paie, de pré liquidation permettant la génération du fichier informatique destiné à alimenter l'interface ETR de la DSFIPE 44 ainsi que l'édition du listing des mouvements de paie (EMIR). Il permet également l'intégration des retours de paie de la DSFIPE.

Cette interface spécifique à la liquidation de la paie des agents en poste à l'étranger pour le MEAE comme l'AEFE est en fin d'exploitation et de maintenance, dans l'attente des développements d'ETRSAGE, destinés à raccrocher la paie des agents de l'étranger à l'interface PAYSAGE.

**La gestion administrative et financière des personnels du siège** est assurée par le pôle RH du SAG, situé au siège parisien de l'agence. Elle dispose en paie d'un numéro de Siret propre.

Il n'y a pas de SIRH et la pré-liquidation de la paie est actuellement assurée via le pro logiciel WIN-PAIE de Cegape qui permet la génération du fichier informatique des données de paie transmis par l'interface « GEST » à la DRFIP 44 pour alimenter PAYSAGE ainsi que l'édition du listing des mouvements de paie (GEST). Il permet également l'intégration des retours de paie de la DRFIP.

Les données relatives à la protection sociale complémentaire et à la situation administrative de l'agent sont communiquées mensuellement au Titulaire via la DSN mensuelle de la Fonction Publique d'Etat et le site Net-entreprises. Les données acheminées par Net-entreprises sont intégrées dans le SI de chaque organisme complémentaire. Le Titulaire doit donc adapter son SI à la DSN de la Fonction Publique d'Etat et à la nomenclature utilisée (Noyau RH FPE). Les frais inhérents à cette adaptation sont réputés compris dans les prix remis par le Titulaire.

La norme technique DSN permet la précision de la rubrique 70.005 qui correspond au code population de rattachement. Pour rappel, ce code permet d'identifier la population définie dans le contrat auquel l'agent est rattaché. Il se rapporte généralement à des distinctions prévues dans

certaines contrats (agents situés en Alsace-Moselle, etc.).

Cette donnée n'est donc pas toujours nécessaire. Elle doit seulement être renseignée sur consigne explicite de l'organisme complémentaire porteur du contrat, portée par la fiche de paramétrage.

La norme précise que le code population peut être une donnée alphanumérique de 1 à 30 caractères maximum. Il est donc primordial que la longueur de ce code réponde aux contraintes techniques imposées par la DGFIP d'un seul caractère alphanumérique.

Le Titulaire doit tenir compte de cette contrainte structurante pour l'aspect déclaratif.

Le flux DSN peut donner lieu à des anomalies qui sont traduites dans les comptes rendus métiers (CRM) du Titulaire. Ces CRM sont adressés en retour à la plateforme net-entreprises et transmis automatiquement au CTDSN de l'employeur.

Le format de CRM utilisé par l'OC doit respecter le format normalisé des CRM 113 et 114.

La transmission du numéro de **SIRET déclaratif de l'administration** sera effectuée pour chaque agent par flux via l'interface de pré-affiliation Sirius->OC ou MAGE ou WINPAIE pour les agents de l'AEFE.

Les principaux blocs de la DSN sont indiqués à titre de compréhension en annexe 5 du présent CCTP.

Les données d'affiliation et de cotisations issues de la paie sont transmises aux organismes complémentaires via les déclarations sociales nominatives mensuelles.

C'est la DGFIP qui émet les virements mensuellement vers les OC pour les cotisations afférentes.

Le libellé des virements, à raison d'un par SIRET officiel déclaré, est structuré selon le format ci-dessous :

**<SIRET payeur>-<Échéance>[-<Fraction>]  
[/<Référence contrat ou groupe de contrats>]  
[+<Type de population ou groupe de populations>]  
[(**<numéro d'ordre>**)]**

#### ***5.5.4 Processus de gestion administrative paie hors DSN pour les agents affectés à l'étranger : Phase transitoire avant migration vers l'application PAYSAGE***

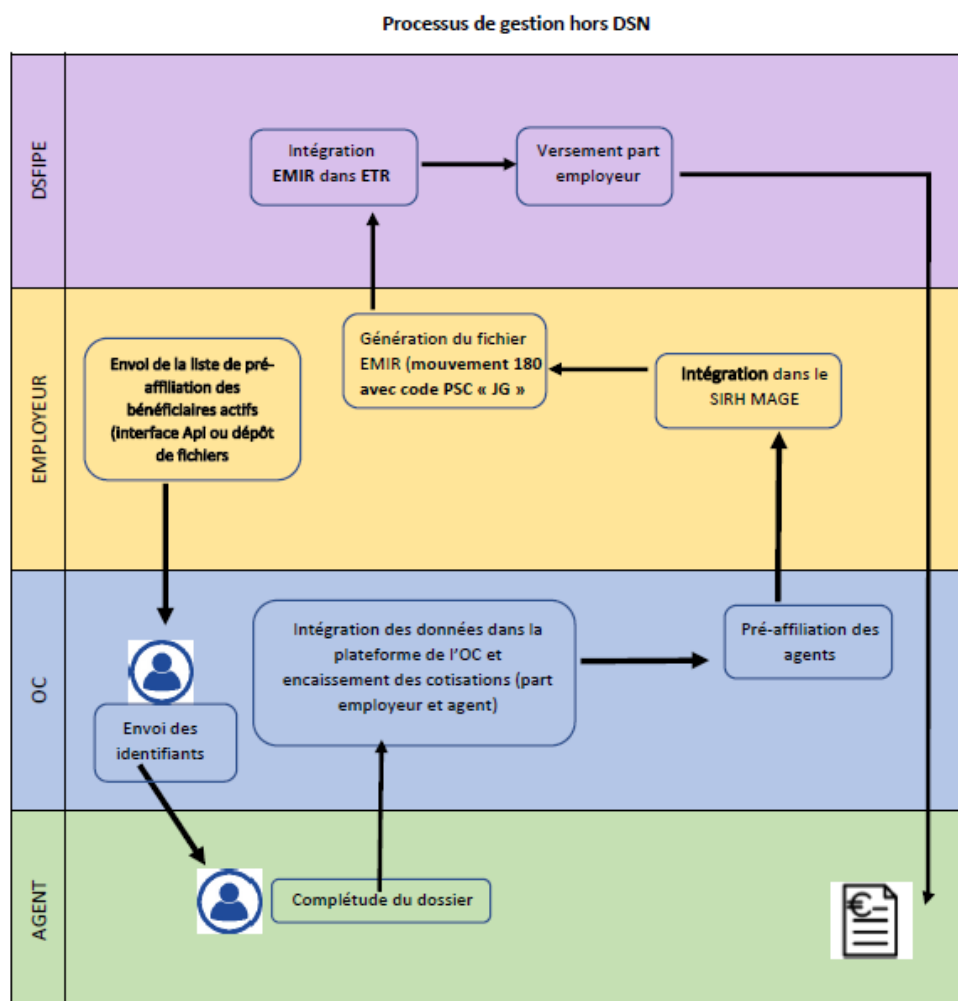
Pour les agents affectés à l'étranger payés dans l'application ETR de la DSIPE, la PSC n'est gérée ni en paie ni en DSN.

Par conséquent, le flux de pré-affiliation sera le seul canal pour opérer l'affiliation auprès de l'organisme complémentaire.

La procédure mise en œuvre pour les agents en fonction à l'étranger est la suivante :

- 1/ L'employeur transmet à l'OC, **via une interface**, la liste des bénéficiaires actifs
- 2/ L'organisme complémentaire contacte directement l'agent et lui demande de lui renvoyer une déclaration de situation annuelle avec une copie de son bulletin de paye à l'étranger.
- 3/ Le montant de la cotisation (part forfaitaire agent et employeur, parts solidaire et additionnelle) est calculé directement par l'OC qui ensuite réalise le prélèvement sur le compte bancaire de l'agent
- 4/ Le MEAE ou l'AEFE assurent le remboursement de la part forfaitaire employeur à l'agent

## Schéma phase transitoire ETR



## 5.6 GESTION DES PRESTATIONS

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

Le MEAE ainsi que l'AEFE souhaitent que les membres de son personnel et de ceux des services coordonnés bénéficient d'une grande qualité de service dans le règlement des prestations et est, notamment, très attentif aux points ci-dessous de l'offre de service.

Le Titulaire produit la liste des conventions passées avec les professionnels de santé et établissements hospitaliers.

Il assure également la mise en place et le fonctionnement du tiers payant conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

#### **5.6.1 Engagements de délais de traitement**

Le Titulaire s'engage sur des délais de traitement des principaux actes de gestion et notamment sur les délais et modalités, dans la limite des plafonds indiqués en jours calendaires :

<b>Engagement</b>	<b>Unité de mesure</b>	<b>Plafond France</b>
- Rédaction et impression de la notice d'information (en jour)	Jour	60 jours
- Emission des cartes de tiers payant des nouveaux adhérents (hors affiliation en masse) (En jour)	Jour	5 jours
- Connexion des flux Noémie (en jour)	Jour	8 jours
- Règlement des prestations frais de santé (avec télétransmission) (en jour)	Jour	3 jours
- Règlement des prestations frais de santé (sans télétransmission) (en jour)	Jour	8 jours
- Réponse à devis (dentaire et optique) (en jour)	Jour	8 jours
- Prise en charge hospitalière (en jour)	Jour	3 jours
- Prise en charge dentaire et optique (en jour)	Jour	8 jours
- Réponse aux demandes d'information (en jour)	Jour	5 jours
- Taux de décroché des appels téléphoniques ( <b>numéro non surtaxé</b> ) ou de rappel dans l'heure (call back) des bénéficiaires (en fonction des heures d'ouverture) (en %)	%	90%
- Délai maximal d'indisponibilité des espaces Web (bénéficiaires et RH) (en jour)	Jour	1 jour

L'agent est responsable de la transmission des informations nécessaires pour la noémisation de ses prestations. En l'absence de fourniture de ces informations, il sera affilié avec un service « dégradé ». Le Titulaire se chargera d'opérer les relances.

Un état trimestriel des indicateurs est transmis au format numérique au plus tard 15 jours après la fin du trimestre. Cet état indiquera :

- La valeur moyenne sur la période de chaque indicateur,
- Pour les indicateurs mesurés en délais, la liste et le dénombrement des éventuelles actions hors délais mentionnant leur typologie, et la mesure du retard correspondant.

Ces délais s'appliquent à la mise en place du dispositif au sein du MEAE et de l'AEFE.

#### **5.6.2 Réseaux de soins ou équivalent**

La personne publique souhaite proposer à l'ensemble de son personnel un régime de protection sociale frais de santé de qualité tout en maîtrisant la dérive de la consommation sur les postes fortement inflationnistes (optique, dentaire...).

Dans ce sens, elle souhaite que le Titulaire propose un réseau de soins avec un encadrement des tarifs des praticiens, membres de ce réseau.

Les bénéficiaires doivent rester libres du choix des prestataires médicaux (médecine de ville, hôpitaux etc...). Cependant ils peuvent obtenir les coordonnées de l'un des centres du réseau agréé.

Le Titulaire doit présenter et mettre en avant son ou le réseau qu'il souhaite proposer aux bénéficiaires du régime de protection sociale du ministère et de l'AEFE.

L'orientation est associée à un processus de géolocalisation pour faciliter l'accès et la prise de rendez-vous pour le bénéficiaire.

## **5.7 AUTRES SERVICES AUX ASSURES**

Au-delà de la gestion des adhésions et des prestations, le Titulaire peut préciser d'autres fonctionnalités de l'espace web agent et/ou de l'application mobile. Par ailleurs, le Titulaire pourra effectuer des enquêtes de satisfaction dans une démarche d'amélioration continue avec la validation de la personne publique.

## **5.8 MISE A DISPOSITION D'UN ESPACE WEB RH SECURISE**

Le Titulaire met à disposition un espace Web RH sécurisé, par employeur permettant de :

- Accéder à l'ensemble des reporting prévus à l'article Suivi technique du régime et comitologie du présent CCTP,
- Accéder à l'ensemble du fichier des assurés,
- Disposer d'un espace permettant de déposer / télécharger des justificatifs et documents à destination du Titulaire /gestionnaire ainsi que des messages,
- Pouvoir procéder à la gestion d'affiliation en ligne qu'il s'agisse d'une inscription initiale, d'ajout d'ayant droit, de retraits d'affiliés, de dispense d'affiliation,
- Vérifier et justifier la diffusion de la notice d'information
- Accéder à l'ensemble de la documentation juridique, contractuelle et commerciale mise à disposition par le Titulaire,
- Consulter des coordonnées,
- Envoyer et recevoir des messages via la messagerie sécurisée,
- Gérer les habilitations d'accès AVEC des droits spécifiques pour certains utilisateurs,
- Gérer les habilitations d'accès SANS des droits spécifiques pour certains utilisateurs,
- Visualiser et modifier les entrées/sorties des agents,
- Consulter les données des agents,
- Télécharger les attestations de cotisations,
- Consulter les taux de cotisations,
- Consulter les tableaux de garantie,
- Consulter la fiche de paramétrage DSN,
- Visualiser l'historique des cotisations payées dans l'année,
- Visualiser l'historique des prestations versées dans l'année

Une formation à l'utilisation de cette interface pour l'ensemble des services RH concernés doit être mise en place par le Titulaire.

## 5.9 ASSISTANCE ET TELEMEDECINE

En France, le Titulaire assure l'accès à la téléconsultation médicale c'est-à-dire la possibilité d'accéder à un médecin, par plusieurs moyens (visio conférence, audio conférence) à tout moment H24 7/7.

## 5.10 COMMUNICATION

Un plan de communication doit permettre d'informer les agents et leurs ayants droit autour des différents dispositifs.

Ces actions peuvent prendre la forme de séminaires en ligne, de vidéos, d'animation de stand dans les locaux de l'Employeur (le MEAE et l'AEFE).

Deux temps de communication devront être prévus :

- À la mise en place du dispositif en incluant également une assistance via la plateforme téléphonique,
- En régime permanent.

Ce plan de communication est établi en concertation avec l'Employeur (le MEAE et l'AEFE).

Le Titulaire propose à la personne publique :

- Un formulaire d'inscription pour les agents entrant dans le MEAE ou l'AEFE ; celui-ci sera transmis à l'agent par l'employeur lors de la prise en charge administrative de l'agent,
- Une fiche d'information pour les agents partant à la retraite ; celle-ci sera transmise à l'agent par l'employeur lors de la constitution du dossier retraite de l'agent.

L'ensemble des documents de communication proposés dans le plan de communication sont à la charge du Titulaire. La charte graphique utilisée devra respecter la charte communiquée par la personne publique. Cette dernière pourra cependant être modifiée pour respecter également la charte graphique du Titulaire.

L'objectif est de disposer d'une identité visuelle marquée pour ce nouveau dispositif.

Ainsi, le Titulaire proposera avant toute communication la charte graphique du dispositif à la validation de la personne publique.

Les agents devront également disposer de l'information sur le dispositif sur leurs espaces web assuré.

## 5.11 SUIVI DE LA QUALITE DE GESTION

Le Titulaire s'engage à réaliser chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires sur les thématiques suivantes :

- Gestion des adhésions,
- Gestions des prestations,

Echanges avec le centre de gestion.

Les résultats de cette enquête de satisfaction sont transmis avant le 30/06 de l'année suivante à l'Employeur.

## **5.12 GESTION DES PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET DU FONDS D'AIDE AUX RETRAITES**

Un état de suivi annuel de l'utilisation de ces deux dispositifs sera transmis à l'Employeur.

## **5.13 SUIVI TECHNIQUE DU REGIME ET COMITOLOGIE**

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 (MEAE et AEFE) et de représentants des organisations syndicales et assistée par un expert indépendant.

Par conséquent, le Titulaire doit s'engager à participer, au minimum, à trois réunions annuelles (et leurs réunions préparatoires) et présente les éléments suivants :

### **Avant le 30 juin de l'exercice en cours :**

- Les comptes de résultats techniques définitifs arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque garantie par employeur (panier de soins France, panier de soins Etranger, Options A, B et C par exercice comptable et par exercice de survenance),
- Les statistiques détaillées sur la démographie par employeur (profil et nombre d'adhérents, âge moyen, souscription des options...)
- Une analyse détaillée de la consommation médicale par grand poste de soins et par catégorie de bénéficiaires,
- Les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base,
- Les lignes de décomptes frais de santé anonymisées selon un format défini préalablement avec le MEAE et l'AEFE,
- Le suivi des indicateurs de gestion,
- Le suivi de l'alimentation et de l'utilisation de l'accompagnement social et du fonds d'aide aux retraités.

### **Avant le 31 août de l'exercice en cours, pour chacun des régimes Frais de santé :**

- Les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base,
- Une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaitées par l'organisme assureur pour la prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime pour l'exercice en cours,
- Les prévisions sur les comptes de résultats frais de santé, ainsi que sur la consommation médicale,
- Le suivi des indicateurs de gestion ;
- Le suivi de l'alimentation et de l'utilisation de l'accompagnement social et du fonds d'aide aux retraités.

### **Tout au long de l'année**

- Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par la CPPS, y compris la fourniture à fréquence à définir des décomptes de soins anonymisés en ligne à ligne.
- Des réunions avec la Direction des Ressources Humaines du MEAE et de l'AEFE peuvent également être organisée.
- Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par la personne publique.
- Le titulaire prend en charge, le financement des audits de gestion et financiers en cas de difficultés de gestion ou de consolidation des données ou de collecte des cotisations.

Le titulaire s'engage à communiquer **mensuellement** (au plus tard le 20 du mois suivant) au MEAE et à l'AEFE les trois extractions suivantes :

#### **Effectifs :**

- Matricule anonymisé principal (agent),
- Matricule anonymisé bénéficiaire (agent, conjoint, enfant, retraité),
- Type de bénéficiaire (agent, conjoint, enfant, retraité),
- Entité (MEAE / AEFE),
- Statut (titulaire / contractuel),
- Département,
- Régime (RG/RL/Etranger),
- Année de naissance,
- Sexe,
- Contrat souscrit (panier de soins, panier de soins + Option A, ...),
- Date de début de période,
- Date de fin de période (si plus couvert ou changement de couverture)

#### **Cotisations :**

- Matricule anonymisé principal (agent),
- Matricule anonymisé bénéficiaire (agent, conjoint, enfant, retraité),
- Entité (MEAE / AEFE),
- Régime (RG/RL/Etranger),
- Assiette CSG/CRDS (pour la partie solidaire de la cotisation de l'agent au panier de soins),
- Contrat souscrit (panier de soins, panier de soins + Option A, ...),
- Année de référence,
- Mois de référence (vision mois par mois),
- Cotisation au titre du panier de soins,
  - o Dont Part employeur,
  - o Dont Part agent forfaitaire en euros,
  - o Dont Part agent en % de la rémunération,
  - o Dont Cotisations additionnelles au titre de l'accompagnement social,
  - o Dont Cotisations additionnelles au titre du fonds d'aide aux retraités,
- Cotisations au titre des options,
  - o Dont Part employeur,
  - o Dont Part agent,

#### **Prestations :**

- Matricule anonymisé principal (agent),



- Matricule anonymisé bénéficiaire (agent, conjoint, enfant, retraité),
- Type de bénéficiaire (agent, conjoint, enfant, retraité),
- Entité (MEAE / AEFE),
- Régime (RG/RL/Etranger),
- Date comptable,
- Date de soins,
- Libellé grand poste (dentaire, optique, soins courants, ...),
- Libellé poste (soins dentaires, prothèses dentaires, ...),
- Libellé acte (prothèse dentaire à honoraire maîtrisé, ...),
  - o **Indicateur OPTAM / Non OPTAM pour les actes concernés,**
  - o Distinction des différents paniers relatifs au 100% Santé,
  - o **Distinction par type de verre comme la grille optique du panier de soins,**
- Code acte,
- Nombre d'actes,
- Base SS,
- Taux SS,
- Dépense réelle,
- Part SS,
- Part assureur (panier de soins),
- Part assureur (option si souscrit, 0 € sinon),
- Part autre mutuelle,
- Reste à charge

## ARTICLE 6 SECURITE INFORMATIQUE

Le Titulaire doit être en mesure de présenter un plan d'assurance sécurité (PAS) permettant d'évaluer la couverture des exigences de sécurité. Il est recommandé au Titulaire d'utiliser le modèle présent sur le site de l'ANSSI.

S'il choisit de ne pas l'utiliser, il doit fournir un document répondant à l'ensemble des exigences listées sur ce modèle.

### Mise à jour

Le titulaire doit se conformer aux recommandations de l'ANSSI pour être à jour sur son système d'information et être en conformité aux exigences du MEAE et de l'AEFE.

### Gouvernance

La politique de sécurité des systèmes d'information et de son évolution doit être fournie à la personne publique.

Le titulaire s'engage à respecter les obligations suivantes et à les faire respecter par son personnel :

- Ne prendre aucune copie des documents et supports d'informations qui lui sont confiés, à l'exception de celles nécessaires à l'exécution de la présente prestation prévue au contrat avec l'accord préalable de l'administration ;
- Ne pas utiliser les documents et informations traités à des fins autres que celles spécifiées au présent contrat ;
- Ne pas divulguer ces documents ou informations à d'autres personnes, qu'il s'agisse

de personnes privées ou publiques, physiques ou morales ;

- Prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des fichiers informatiques en cours d'exécution du contrat.

Le titulaire s'engage à prendre les mesures nécessaires pour assurer la conversation et l'intégrité des documents et informations traités pendant la durée de l'accord-cadre.

Il s'engage à utiliser un système de sauvegarde des données et de continuité de service.

### **Intégrité des échanges**

Outre le flux DSN, les autres flux entre le titulaire et la personne publique doivent être cryptés selon les règles du Référentiel Général de Sécurité de l'ANSSI.

L'ensemble de la documentation expliquant l'algorithme retenu, les dispositifs de contrôle de l'intégrité des données, les restaurations de données ainsi que les procédures d'exploitation et de protection du système doit être fourni.

### **Données**

L'hébergement des données doit se faire de manière transparente en fournissant la liste des lieux de stockage, leur sécurisation, les sites de secours.

Ces informations doivent apparaître dans le plan d'assurance sécurité. La documentation des Procédures d'Exploitation Sécurité doit être fournie et disponible à la demande.

La personne publique peut mener dans un délai bref toute vérification sur site nécessaire de sécurité de stockage.

En cas d'hébergement cloud il doit avoir le niveau de garanties correspondant à la certification SECNUMCLOUD.

#### **Données sensibles**

S'il devait y avoir un échange de données sensibles, elles devront être protégées selon l'instruction interministérielle 901 relative à la protection des systèmes d'information sensibles.

### **Antivirus**

Une politique anti virale doit être mise en place, l'ensemble de la documentation doit être fournie.

### **Incidents**

L'ensemble des moyens doit être mis en œuvre pour journaliser, superviser et détecter les éventuels incidents de sécurité. Le cloisonnement entre les moyens (humains et techniques) de détection et ceux du fonctionnement commun doit être respecté. Les journaux doivent être compréhensibles et stockés sur une période de six mois.

Afin de réaliser l'édition des cartes de tiers-payant pour le bénéficiaire obligatoire et ses ayants droits et les moyens de contact ; le Titulaire présente un processus de connexion sur l'espace

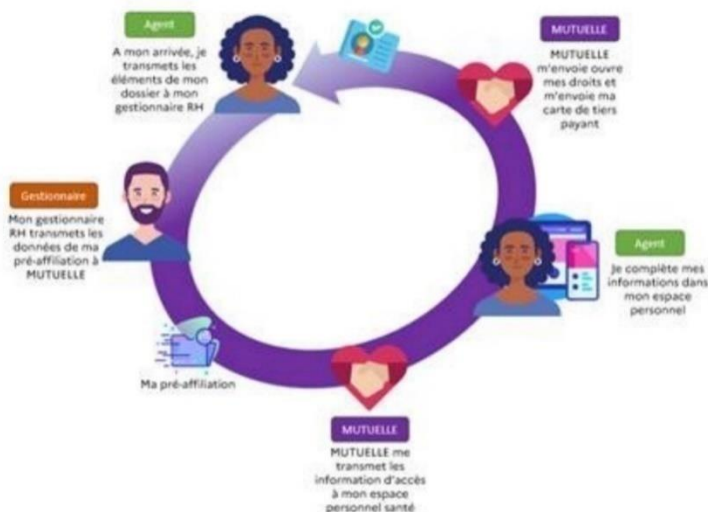
personnel des bénéficiaires. Les bénéficiaires enregistrent les informations complémentaires nécessaires à la création de leur dossier auprès du titulaire.

Aucune donnée portant mention de l'affectation professionnelle ne pourra être demandée par le titulaire aux bénéficiaires.

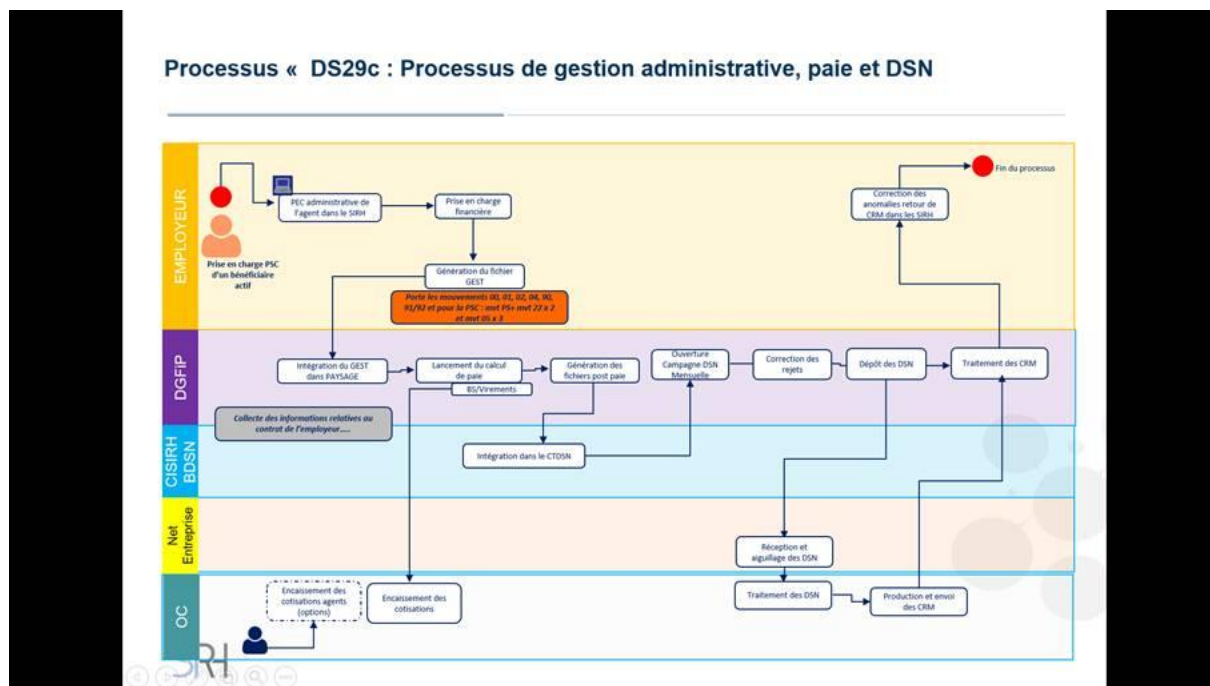
**Récapitulatif du mode de calcul de la cotisation d'équilibre, de la cotisation employeur et des parts forfaitaire et solidaire de la cotisation des agents :**

- Calcul de la cotisation de référence permettant de couvrir le coût des garanties pour la population des agents actifs,
- Estimation de l'impact des différentes solidarités,
- Calcul de la cotisation d'équilibre par intégration du coût des dispositifs de solidarité,
- Etablissement du budget global de l'ensemble des agents actifs : cotisation de référence + coûts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part employeur sur la base de 50% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + coûts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part agent sur la base de 50% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + coûts des dispositifs de solidarité et après intégration des cotisations additionnelles,
- Calcul du budget de la part individuelle forfaitaire sur la base de 20% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + coûts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part individuelle solidaire par différence entre le budget agent total et le budget lié à la part individuelle forfaitaire,
- Calcul du taux à appliquer à chaque agent pour déterminer la part individuelle solidaire comme le rapport entre la part individuelle solidaire et la somme des rémunérations plafonnées dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (fixé en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale) des agents.

## ANNEXE 2 : PROCESSUS DE PRE-AFFILIATION DU POINT DE VUE DE L'AGENT



En ce qui concerne l'affiliation de l'agent (pour la paie France) :



Dans ce processus :

- la liquidation des cotisations est effectuée par PAYSAGE. Le paiement des cotisations par la DGFiP intervient directement auprès des organismes de protection sociale et organismes complémentaires par virement.
- Les DSN sont enrichies des données liées à la PSC et seront transmises à l'OC, permettant ainsi l'affiliation de l'agent.

### ANNEXE 3 : PROCESSUS DE PRE-AFFILIATION DU POINT DE VUE RESSOURCES HUMAINES MEAE-AEFE

Il s'agit d'un fichier texte plat. Les flux sont générés au format csv avec en-tête. Ils doivent respecter l'encodage ISO\_8859\_1, et, se restreindre au même sous-ensemble de caractères autorisés que celui du cahier technique de la DSN.

Le séparateur envisagé est le point-virgule ' ; ', mais ce sera paramétrable dans le fichier de paramétrage au besoin.

Le nom des fichiers envisagé est PAF + AAAAMMJJ + SIRET + numéro d'ordre sur 2 caractères (à déterminer avec l'OC notamment pour tenir compte du nombre maximum de lignes par fichier) + ID SIRH sur 4 caractères.csv => L'ID SIRH sur 4 caractères permet à l'OC d'identifier l'émetteur

En-tête imposé :

SAF.G00.95.801;SAF.G00.00.801;SAF.G00.95.802;SAF.G00.05.801;SAF.G00.30.801;S21.G00.06.001;S21.G00.11.001;S21.G00.15.001;S21.G00.15.002;S21.G00.15.003;S21.G00.30.001;S21.G00.30.002;S21.G00.30.003;S21.G00.30.004;S21.G00.30.006;S21.G00.30.007;S21.G00.30.008;S21.G00.30.009;S21.G00.30.010;S21.G00.30.011;S21.G00.30.012;S21.G00.30.013;S21.G00.30.016;S21.G00.30.017;S21.G00.30.018;S21.G00.70.005;S21.G00.70.014

Identifiant	Element ou attribut	Description et contenu	Usage	Format	Longueur	Commentaire
SAF.G00.95.801	Numéro du message	Numéro d'identification du message	O	Alphanumérique	[1,50]	Numéro unique dans un fichier (chaque ligne a le même numéro)
SAF.G00.00.801	Version du message	V1.00	O	Alphanumérique	[5,5]	Version unique dans un fichier (chaque ligne a le même numéro de version)
SAF.G00.95.802	Horodatage	Date / Heure à laquelle a été produit le message (AAAAMMJJHHMMSS)	O	Date-heure	[14,14]	
SAF.G00.05.801	Evénement	Nature de l'événement déclencheur, définie par l'origine du flux (SIRH ou SIOC) : PAF – Pré-affiliation	O	Liste de valeurs	[3,3]	unique dans un fichier

<b>SAF.G00.30.801</b>	<b>Matricule SIRH</b>	Donnée identifiante obligatoire à l'aller et au retour Matricule propre au SIRH utilisé par l'employeur. Il est différent du matricule de l'individu dans l'entreprise porté par la rubrique S21.G00.30.019 de la DSN généré automatiquement par le CTDSN.	O	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.06.001</b>	<b>SIREN</b>		O	Numérique	[9,9]	
<b>S21.G00.11.001</b>	<b>NIC</b>		O	Numérique	[5,5]	
<b>S21.G00.15.001</b>	<b>Référence du contrat</b>	Référence du contrat complémentaire	O	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.15.002</b>	<b>Code organisme</b>	Code organisme complémentaire	O	Alphanumérique	[5,9]	
<b>S21.G00.15.003</b>	<b>Code délégataire de gestion</b>	Code délégataire de gestion le cas échéant	C	Alphanumérique	[6,6]	
<b>S21.G00.30.001</b>	<b>NIR</b>	Un employeur public pourra adresser un NIR définitif ou un NIR provisoire. En cas de NIR provisoire celui-ci sera de fait transformé en NTT en DSN (sur une base de format différente). Ainsi le NIR envoyé lors de la pré-affiliation sera différent de celui de la DSN. Dans le contexte FPE, en cas de changement de NIR en cours d'année, la paie continuera d'utiliser l'ancien NIR (jusqu'à la fin de l'année civile) alors qu'en DSN nous exploiterons le nouveau NIR.	C	Alphanumérique	[1,13]	
<b>S21.G00.30.002</b>	<b>Nom de naissance</b>		O	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.30.003</b>	<b>Nom d'usage</b>		C	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.30.004</b>	<b>Prénoms</b>	Prénoms séparés par des espaces	O	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.30.006</b>	<b>Date de naissance</b>	Date de naissance => norme DSN : JJMMAAAA	O	Date (JJMMAAAA)	[8,8]	
<b>S21.G00.30.007</b>	<b>Lieu de naissance</b>	Généralement ville de naissance	O	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.30.008</b>	<b>Numéro, extension, nature et libellé de la voie</b>	Adresse	C	Alphanumérique	[1,50]	

S21.G00.30.009	Code postal		C	Référentiel externe	[5,5]	
S21.G00.30.010	Localité		C	Alphanumérique	[1,50]	
S21.G00.30.011	Code pays		C	Référentiel externe	[2,2]	
S21.G00.30.012	Code de distribution à l'étranger		C	Alphanumérique	[1,50]	
S21.G00.30.013	Codification UE		C	Liste de valeurs	[2,2]	
S21.G00.30.016	Complément de la localisation de la construction		C	Alphanumérique	[1,50]	
S21.G00.30.017	Service de distribution, complément de localisation de la voie		C	Alphanumérique	[1,50]	
S21.G00.30.018	Adresse mail professionnelle ou personnelle	L'utilisation de l'adresse mail personnelle est conditionnée par l'accord explicite de l'agent.	C	Alphanumérique	[1,100]	Donnée essentielle pour traiter au plus vite l'affiliation d'un agent
S21.G00.70.005	Code population de rattachement	Spécifique FPE format de [1,1]	C	Alphanumérique	[1,30]	
S21.G00.70.014	Date de début d'affiliation	Date de début d'affiliation (JJMMAAAA)	O	Date (JJMMAAAA)	[8,8]	



## ANNEXE 4 : FLUX RETOUR DU SIOC VERS LE SIRH POUR LE MEAE-AEFE

Il s'agit d'un fichier texte plat. Les flux sont générés au format csv. Ils doivent respecter l'encodage ISO\_8859\_1 et, se restreindre au même sous-ensemble de caractères autorisés que celui du cahier technique de la DSN.

Ce fichier est avec en-tête, de type texte, séparé par des point-virgule ';'. (Précision : tout séparateur peut être accepté sauf le '\_').

En-tête imposé :

SAF.G00.95.801;SAF.G00.95.803;SAF.G00.00.801;SAF.G00.95.802;SAF.G00.05.801;SAF.G00.30.801;S21.G00.06.001;S21.G00.11.001;S21.G00.15.001;S21.G00.15.002;S21.G00.15.003;S21.G00.30.001;S21.G00.30.002;S21.G00.30.003;S21.G00.30.004;S21.G00.70.005;S21.G00.70.014;SAF.G00.99.001;SAF.G00.99.002;SAF.G00.99.003;S21.G00.70.004;SAF.G00.99.004;SAF.G00.99.005;SAF.G00.99.006;SAF.G00.99.007;SAF.G00.99.008;SAF.G00.99.009;SAF.G00.99.010

Le nom des fichiers envisagé est : RAF + AAAAMMJJ + SIRET + numéro d'ordre sur 2 caractères (à déterminer avec l'OC notamment pour tenir compte du nombre maximum de lignes par fichier) + \_(MAE)\_ + M.csv

Identifiant	Element ou attribut	Description et contenu	Usage	Format	Longueur	Commentaire
SAF.G00.95.801	Numéro du message	Numéro d'identification du message	O	Alphanumérique	[1,50]	Numéro unique dans un fichier (chaque ligne a le même numéro)
SAF.G00.95.803	Numéro du message d'origine	Numéro d'identification du message d'origine. Non renseigné dans le cas d'un message dont l'événement déclencheur est MVT.	C	Alphanumérique	[1,50]	Numéro unique dans un fichier (chaque ligne a le même numéro)
SAF.G00.00.801	Version du message	V1.00	O	Alphanumérique	[5,5]	Version unique dans un fichier (chaque ligne a le même numéro de version)
SAF.G00.95.802	Horodatage	Date / Heure à laquelle a été produit le message (AAAAMMJJHHMMSS)	O	Date-heure	[14,14]	

<b>SAF.G00.05.801</b>	<b>Événement</b>	Nature de l'événement déclencheur, définie par l'origine du flux (SIRH ou SIOC) : RAF – Retour d'affiliation RDI - Retour de dispense MVT - Mouvement - gestion de la couverture de l'ouvrant droit	O	Liste de valeurs	[3,3]	-
<b>SAF.G00.30.801</b>	<b>Matricule SIRH</b>	Donnée identifiante obligatoire à l'aller et au retour Matricule propre au SIRH utilisé par l'employeur. Il est différent du matricule de l'individu dans l'entreprise porté par la rubrique S21.G00.30.019 de la DSN généré automatiquement par le CTDSN.	O	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.06.001</b>	<b>SIREN</b>		O	Numérique	[9,9]	
<b>S21.G00.11.001</b>	<b>NIC</b>		O	Numérique	[5,5]	
<b>S21.G00.15.001</b>	<b>Référence du contrat</b>	Référence du contrat complémentaire	O	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.15.002</b>	<b>Code organisme</b>	Code organisme complémentaire	O	Alphanumérique	[5,9]	
<b>S21.G00.15.003</b>	<b>Code délégataire de gestion</b>	Code délégataire de gestion	C	Alphanumérique	[6,6]	
<b>S21.G00.30.001</b>	<b>NIR</b>	Un employeur public pourra adresser un NIR définitif ou un NIR provisoire. En cas de NIR provisoire celui-ci sera de fait transformé en NTT en DSN (sur une base de format différente). Ainsi le NIR envoyé lors de la pré-affiliation sera différent de celui de la DSN. Dans le contexte FPE, en cas de changement de NIR en cours d'année, la paie continuera d'utiliser l'ancien NIR (jusqu'à la fin de l'année civile) alors qu'en DSN, c'est le nouveau NIR qui sera exploité.	C	Alphanumérique	[1,13]	
<b>S21.G00.30.002</b>	<b>Nom de naissance</b>		O	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.30.003</b>	<b>Nom d'usage</b>		C	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.30.004</b>	<b>Prénoms</b>	Prénoms séparés par des espaces	O	Alphanumérique	[1,80]	
<b>S21.G00.70.005</b>	<b>Code population de rattachement</b>	Spécifique FPE format de [1,1]	C	Alphanumérique	[1,30]	
<b>S21.G00.70.014</b>	<b>Date de début d'affiliation</b>	Date de début d'affiliation (JJMMAAAA)	O	Date (JJMMAAAA)	[8,8]	

<b>SAF.G00.99.001</b>	<b>Statut dossier agent</b>	Si l'événement est RAF – Retour d'affiliation : BON - Informations de pré-affiliation correctement intégrées ANO - Anomalies sur le dossier agent lors de la pré-affiliation	O	Liste de valeurs	[3,3]	
<b>SAF.G00.99.002</b>	<b>Code retour</b>	Si l'événement est RAF – Retour d'affiliation et le statut du dossier de l'agent est "ANO " avec anomalies lors de la pré-affiliation : DO - Doublet NI - NIR invalide CO - Problème de couverture de l'affilié AU - Autres [dans ce cas le motif statut dossier agent doit être renseigné obligatoirement]	C	Liste de valeurs	[2,2]	
<b>SAF.G00.99.003</b>	<b>Motif statut dossier agent</b>	Si l'événement est RAF – Retour d'affiliation Libellé associé au statut du dossier agent + Texte libre	C	Alphanumérique	[1,100]	
<b>S21.G00.70.004</b>	<b>Code option retenue par le salarié</b>	Si l'événement est MVT - Mouvement - gestion de la couverture de l'ouvrant droit, cette information est transmise par l'OC pour informer l'employeur du code option retenu par l'agent. S'il y a lieu, cette information peut également être véhiculée si l'événement est RAF – Retour d'affiliation.	C	Alphanumérique	[1,30]	
<b>SAF.G00.99.004</b>	<b>Date de début de l'option</b>	Si l'événement est MVT - Mouvement - gestion de la couverture de l'ouvrant droit, cette information est transmise par l'OC pour informer l'employeur de la date de début de l'option retenue par l'agent. S'il y a lieu, cette information peut également être véhiculée si l'événement est RAF – Retour d'affiliation.	C	Date (JJMMAAAA)	[8,8]	
<b>SAF.G00.99.005</b>	<b>Date de fin de l'option</b>	Si l'événement est MVT - Mouvement - gestion de la couverture de l'ouvrant droit", cette information est transmise par l'OC pour informer l'employeur de la date de fin de l'option retenue par l'agent ou par défaut de la date de fin de contrat théorique. S'il y a lieu, cette information peut également être véhiculée si l'événement est RAF – Retour d'affiliation.	C	Date (JJMMAAAA)	[8,8]	

SAF.G00.99.006	Montant de l'option facultative retenue par le salarié	Si l'événement est MVT - Mouvement - gestion de la couverture de l'ouvrant droit" Montant de la cotisation mensuelle de l'option facultative de l'agent (mensuel théorique) S'il y a lieu, cette information peut également être véhiculée si l'événement est RAF – Retour d'affiliation.	C	Numérique	[4,11]	
SAF.G00.99.007	Identifiant de connexion	Rubrique à renseigner par l'OC afin de permettre à l'agent de se connecter à son espace	F	Alphanumérique	[15,30]	Potentiellement alimentée pour donner à l'employeur le moyen de communiquer une modalité de connexion à ses agents pour lesquels aucune adresse postale ou mail n'a été renseignée. Fonctionnement à documenter par l'OC
SAF.G00.99.008	Date de début de la dispense	Inutilisé	C		[8,8]	
SAF.G00.99.009	Date de fin de la dispense	Inutilisé	C		[8,8]	
SAF.G00.99.010	Motif de la dispense	Inutilisé	C		[2,2]	

## ANNEXE 5 : DECLARATION SOCIALE NOMINATIVE

La norme DSN indique les données à déclarer à destination des Organismes Complémentaires pour la PSC.

La déclaration en DSN doit s'articuler autour :

de données agrégées permettant le paiement des cotisations au titre du contrat PSC correspondant :

Bloc 15 : Adhésion

Bloc 20 : Versement organisme de protection sociale

➡ Bloc 55 : Composant de versement

de données individuelles précisant les données des agents concernés, les cotisations afférentes et les ayant-droits :

Bloc 70 : Affiliation de l'agent

Bloc 73 : Ayants-droits de l'agent affilié

Blocs 78, 79, 81 : Cotisations individuelles (assiette, qualifiant d'assiette, montant de cotisation)

Ces données doivent être liées en DSN avec les données agrégées afin de les rattacher au bon contrat PSC.

## ANNEXE 6 TABLEAU DE GARANTIES PANIER DE SOINS FRANCE ET OPTIONS/ETRANGER

	PANIER DE SOINS FRANCE	OPTION A FRANCE	OPTION B FRANCE	OPTION C FRANCE
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>				
Consultations et visites généralistes				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100% BR	140% BR	140% BR	140% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150% BR	150% BR	170% BR	170% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b>				
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	150 % BR	170 % BR	170 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	130 % BR	150 % BR	150 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b>				
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	130 % BR	130 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 12 séances par an	50 € / séance	60 € / séance	60 € / séance	70 € / séance
<b>Analyse et examens de laboratoire</b>				
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR	115 % BR	130 % BR	150 % BR
Affection longue durée (Prise en charge 100 % SS Française)				
<b>CURES THERMALES</b>				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>PHARMACIE</b>				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical faible	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	80 € / an	80 € / an	80 € / an
<b>Frais de transport</b>				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	220% BR	220% BR	220% BR
<b>DENTAIRE</b>				
Soins et prothèses dentaires 100% santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>				
<b>Panier Maîtrisé</b>				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Prothèses amovibles	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Prothèses provisoires	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
<b>Panier aux tarifs libres</b>				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300% BR Dent non visible : 250% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses amovibles	Dent visible : 300% BR Dent non visible : 250% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses provisoires	300% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Inlay Core	200% BR	240% BR	240% BR	240% BR
Inlays onlays d'obturation	200% BR	240% BR	240% BR	240% BR
<b>Implantologie</b>				
Implants (limite 2 implants / an)	500 € / implant	500 € / implant	700 € / implant	700 € / implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes / 2 ans)	200 € / couronne	200 € / couronne	300 € / couronne	300 € / couronne
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS				
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS	-	225% BRR	225% BRR	225% BRR
<b>Orthodontie</b>				
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	255 % BR	255 % BR	255 % BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	500 € / semestre	500 € / semestre	500 € / semestre

	PANIER DE SOINS FRANCE	OPTION A FRANCE	OPTION B FRANCE	OPTION C FRANCE
<b>OPTIQUE</b>				
<b>OPTIQUE</b>				
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	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 €	80 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	130 €/an	130 €/an	130 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	400 € / an	450 € / an	500 € / an
Grille optique				
Type de verre (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple)	60 €	90 €	125 €	160 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe)	110 €	150 €	250 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre simple)	60 €	90 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (Verre simple)	60 €	90 €	125 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (Verre complexe)	110 €	150 €	250 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (Verre complexe)	110 €	150 €	250 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre complexe)	110 €	150 €	250 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe)	150 €	150 €	250 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe)	200 €	225 €	315 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe)	150 €	150 €	250 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe)	150 €	150 €	250 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe)	200 €	225 €	315 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	225 €	315 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	225 €	315 €	350 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>Prothèses auditives</b>				
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (≤ 20 ans)	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Equipements à tarif libre (> 20 ans)	800 €	800 €	1 000 €	1 200 €
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médecin				
Conventionnés adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	170 % BR	190 % BR	225 % BR
Conventionnés non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	150 % BR	170 % BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait hospitalier				
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait patient urgence (FPU)				
Forfait patient urgence (FPU)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité	50 € / nuit	50 € / nuit	55 € / nuit	68 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	45 € / nuit	50 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour	27.5 € / jour	30 € / jour
Frais d'accompagnement				
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	45 € / nuit	50 € / nuit	55 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	35 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit
<b>AUTRES POSTES</b>				
<b>Médecines additionnelles et de prévention</b>				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/ an)	30 €/ séance	30 €/ séance	32.5 €/ séance	35 € / séance
Actes refusés par la Sécurité Sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/ an	80 €/ an	85 €/ an	90 €/ an
Contraception, tests de grossesse	80 €/ an	80 €/ an	85 €/ an	90 €/ an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	183 € / acte	190 € / acte	195 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

## Tableau de garanties Panier de soins Etranger

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000€/an/bénéficiaire, hors rapatriement)
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
Consultations et visites généralistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100% BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100% BR	90 % FR
Consultations / Visites de médecins spécialistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150% BR	90 % FR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes techniques médicaux		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Actes d'imagerie médicale		
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	100 % BR	90 % FR
Honoraires paramédicaux		
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 % BR	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR	90 % FR
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 12 séances par an	50 € / séance	50 € / séance (dans la limite de 8 séances, sans notion de prise en charge par la SS)
Analyse et examens de laboratoire		
Analyse et examens de laboratoire	100 % BR	90 % FR
Affection longue durée (Prise en charge 100 % SS Française)		100 % FR
<b>CURES THERMALES</b>		
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	100 % BRR
<b>PHARMACIE</b>		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical faible	100 % BR	90 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	100 € / an
Frais de transport		
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	90 % FR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	150% BRR
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et prothèses dentaires 100% santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Soins dentaires	100 % BR	90 % FR
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>		
<b>Panier Maîtrisé</b>		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	375% BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	375% BR	320 % BRR
Inlay Core	375% BR	320 % BRR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	140 % BRR
<b>Panier aux tarifs libres</b>		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300% BR Dent non visible : 250% BR	320 % BRR
Prothèses amovibles	Dent visible : 300% BR Dent non visible : 250% BR	320 % BRR
Prothèses provisoires	300% BR	320 % BRR
Inlay Core	200% BR	140 % BRR
Inlays onlays d'obturation	200% BR	140 % BRR
<b>Implantologie</b>		
Implants (limite 2 implants / an)	500 € / implant	500 € / implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes / 2 ans)	200 € / couronne	200 € / couronne
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS		
Prothèses dentaires non pris en charge par la SS	-	225 % BRR
<b>Orthodontie</b>		
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	255 % BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	225 % BRR



PANIER DE SOINS ETRANGER		
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000€/an/bénéficiaire, hors rapatriement)
<b>OPTIQUE</b>		
<b>OPTIQUE</b>		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre		
Monture	50 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique		
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	130 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	400 € / an
Grille optique		
Type de verre (remboursement par verre)		
Verre unifocal, sphérique		
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (Verre simple)	60 €	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (Verre complexe)	110 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (Verre complexe)	110 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique		
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
Cylindre ≤ + 4, sphère (Verre complexe)	150 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (Verre complexe)	150 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (Verre hypercomplexe)	200 €	350 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>		
<b>Prothèses auditives</b>		
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Equipements à tarif libre (<= 20 ans)	1 400 €	1 200 €
Equipements à tarif libre (> 20 ans)	800 €	1 200 €
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>HOSPITALISATION</b>		
Frais de séjour	100 % BR	90 % FR
Honoraires médecin		
Conventionnés adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Conventionnés non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-
Forfait hospitalier		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100% FR	-
Forfait patient urgence (FPU)		
Forfait patient urgence (FPU)	100% FR	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)		
Court séjour et maternité	50 € / nuit	68 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	68 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	38,50 € / nuit
<b>AUTRES POSTES</b>		
<b>Médecines additionnelles et de prévention</b>		
Médecine douce		
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/ an)	30 €/ séance	30 € / séance
Actes refusées par la Sécurité Sociale		
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/ an	80 €/ an
Contraception, tests de grossesse	80 €/ an	80 €/ an
Prévention		
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR	100% BRR
Services spécifiques		
Rapatriement sanitaire		Oui