



ARRETE n° 2025 –
portant application de l'accord collectif relatif à la protection sociale
complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une
maternité, une maladie ou un accident dans les juridictions financières aux
magistrats de la Cour des comptes

Le Premier président de la Cour des comptes,

Vu le code des juridictions financières, et notamment son article L. 120-3-1 ;

Vu le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;

Vu le [décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024](#) relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique de l'Etat ;

Vu le décret n° 2025-276 du 26 mars 2025 relatif à la protection sociale complémentaire des membres et du personnel de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes ;

Vu l'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat du 26 février 2022 ;

Vu l'accord interministériel relatif à l'amélioration des garanties de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat du 20 octobre 2023 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la Cour des comptes en date du 4 juillet 2024 ;

ARRETE :

Article 1er :

L'accord collectif du 7 mai 2025 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans les juridictions financières, pris en application de l'article 1er de l'accord interministériel du 26 janvier 2022 susvisé et annexé à la présente décision, est rendu applicable aux magistrats de la Cour des comptes.

Fait à Paris, le

07 MAI 2025

Le Premier président de la Cour des comptes


Pierre MOSCOVICI

ANNEXE

Accord collectif relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans les juridictions financières

Préambule

Prise en application de l'article 1° du I de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique a redéfini la participation des employeurs de la fonction publique au financement des garanties de protection sociale complémentaire (PSC) de leurs personnels, ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, pour favoriser leur couverture sociale complémentaire. Elle instaure ainsi une obligation pour les employeurs de prise en charge de la PSC à hauteur d'au moins 50 % des cotisations pour un personnel, destinée à couvrir les frais de santé occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident.

En application des dispositions de cette ordonnance, un accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat a été signé le 26 janvier 2022. Il prévoit que les employeurs publics de l'Etat négocient avec les organisations syndicales représentatives à leur niveau en vue de conclure des accords d'application et d'amélioration de cet accord interministériel. Les dispositions réglementaires de l'accord sont prévues par le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat complété, pour les juridictions financières, par le décret n°2025-276 du 26 mars 2025 relatif à la protection sociale complémentaire des membres et du personnel de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes .

L'accord de méthode relatif à la protection sociale complémentaire dans les juridictions financières signé le 28 juin 2023 par le Directeur des ressources humaines et les représentants des organisations syndicales représentatives siégeant au comité social d'administration des juridictions financières a prévu, dans son premier point (« périmètre de négociation ») que « *les magistrats de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes ne font pas partie du périmètre de la négociation. Le futur accord peut cependant être étendu aux magistrats de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes, sous réserve de la compatibilité des délais avec le calendrier de mise en œuvre. Cette extension et ses modalités prennent alors la forme d'un nouvel accord soumis aux mêmes règles de majorité conformément à l'article L. 227-2 du code général de la fonction publique (CGFP)* ».

L'article 55 de la loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027 a ouvert la possibilité d'appliquer aux magistrats de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes les stipulations des accords collectifs intervenus au niveau national pour la fonction publique de l'Etat en matière de protection sociale complémentaire. La loi a ainsi introduit deux nouveaux articles au sein du code des juridictions financières afin de permettre d'étendre aux magistrats de la Cour des comptes (art. L. 120-3-1) et aux magistrats des chambres régionales des comptes (art. L. 220-4-1) l'accord interministériel du 26 janvier 2022 précité

et l'accord interministériel relatif à l'amélioration des garanties de prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat du 20 octobre 2023.

Le décret n°2025-276 du 26 mars 2025 précité a précisé les modalités d'extension et d'application de la protection sociale complémentaire aux magistrats financiers et assimilés, et notamment la composition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) prévue à l'article 28 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire afin de tenir compte de l'ensemble des instances de dialogue social placées auprès du Premier président de la Cour des comptes, conformément au principe de participation des agents publics à l'organisation et au fonctionnement des services.

- Les parties prenantes du présent accord représentant les personnels des juridictions financières ont été complétées en conséquence comme suit : Les représentants des organisations syndicales représentatives siégeant au comité social d'administration (CFDT, UNSA, CGT, FO) ;
- Les représentants du syndicat des juridictions financières siégeant au conseil supérieur des chambres régionales des comptes (SJF) ;
- Les représentants de l'association des magistrats de la Cour des comptes siégeant au conseil supérieur de la Cour des comptes (AMCC) ;
- Des représentants du secrétariat général.

Les parties prenantes sont signataires de l'accord. Toutefois, conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code général de la fonction publique tel que modifié par l'ordonnance n° 2021-174 du 17 février 2021 relative à la négociation et aux accords collectifs dans la fonction publique et notamment le 2° relatif aux organisations syndicales représentatives siégeant dans les comités sociaux ou dans les instances exerçant les mêmes attributions, et en l'absence d'organisation syndicale représentative des magistrats de la Cour des comptes, l'application du présent accord aux membres de la Cour des comptes est réalisée par décision du Premier président.

Les parties prenantes entendent conclure le présent accord sur la base du consensus le plus large pour répondre aux objectifs suivants :

- L'objectif social d'amélioration des conditions de vie des personnels grâce à la mise en place d'une couverture sociale complémentaire de qualité à un coût maîtrisé ;
- Assurer une solidarité entre tous les personnels du périmètre des juridictions financières, ainsi que les ayants droits, les retraités, et aussi garantir le meilleur niveau de cotisation ;
- La mise en œuvre de dispositifs de solidarité notamment intergénérationnels et familiaux entre les bénéficiaires ainsi qu'un degré significatif de mutualisation des risques.

Article 1^{er}. – Objet et champ d'application de l'accord de négociation dans les juridictions financières

Le présent accord fait suite à l'accord interministériel du 26 janvier 2022 précité, et en décline les modalités de mise en œuvre en tenant compte des spécificités des juridictions financières.

Il a pour objet de définir le régime de protection sociale complémentaire « santé » dans les juridictions financières ainsi que d'améliorer l'accès de l'ensemble des personnels des juridictions financières aux soins et leur niveau de couverture des risques santé.

A cet effet, il instaure un régime de couverture complémentaire collective des frais de santé dans les juridictions financières et définit un ensemble de garanties.

Article 2. - Bénéficiaires des contrats collectifs en santé dans les juridictions financières

2.1. Bénéficiaires actifs

Sont considérés comme bénéficiaires actifs tous les personnels actifs (par opposition aux personnels retraités) employés et rémunérés par les juridictions financières. Ces bénéficiaires adhèrent, c'est-à-dire, qu'ils souscrivent obligatoirement aux contrats collectifs conclus par les juridictions financières, sans condition d'ancienneté.

Dans les juridictions financières, ces bénéficiaires désignent les fonctionnaires civils de l'Etat, les personnels contractuels de droit public, les personnels contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale (*ex : apprentis*), les stagiaires.

Le présent accord est obligatoirement applicable à l'ensemble des personnels des juridictions financières, conformément au décret n° 2025-276 du 26 mars 2025 relatif à la protection sociale complémentaire des membres et du personnel de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes.

Conservent la qualité de bénéficiaires actifs les personnels placés dans une position ou une situation n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions et percevant une rémunération, une prestation en espèces ou une allocation, versée par les juridictions financières ou un organisme de sécurité sociale ainsi que les personnels placés en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature. Il s'agit, par exemple, des personnels placés en congé parental, en disponibilité pour raison de santé, en congé de présence parentale, en congé de proche aidant en congé de solidarité familiale, les personnels mis à disposition d'un autre employeur mais rémunéré par les juridictions financières, ou encore en congé de formation professionnelle¹.

2.2. Bénéficiaires retraités de l'Etat²

Sont considérés comme bénéficiaires retraités les anciens personnels de l'Etat répondant aux conditions cumulatives suivantes :

1. Avoir la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite ;
2. Être titulaire d'une pension de retraite de droit direct d'un régime de la fonction publique de l'Etat : régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, régime de l'institution de retraite complémentaire des personnels non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques ou du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État ;
3. Avoir cessé définitivement toute activité en même temps que la liquidation d'une pension de retraite mentionnée au 2.

Les bénéficiaires retraités peuvent adhérer aux contrats collectifs conclus par leur dernier employeur public de l'Etat et uniquement auprès de celui-ci.

A titre transitoire, la personne qui est déjà retraitée à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par les juridictions financières, dispose d'un délai d'un an pour y adhérer à partir de

¹ Article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 précité

² Article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 précité.

cette date d'entrée en vigueur et du jour où la personne concernée en a été informée par les caisses de retraite.

Conformément à l'ordonnance du 17 février 2021 précitée, les bénéficiaires retraités ne reçoivent pas de participation financière employeur. Des mécanismes de solidarité permettant de contribuer au financement des garanties des bénéficiaires retraités sont précisés à l'article 7.

2.3. Bénéficiaires ayants droit

Les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités énumérés ci-après peuvent adhérer aux contrats collectifs :

1. Le conjoint non séparé du bénéficiaire actif ou retraité non divorcé ou non séparé de corps judiciairement ;
2. La personne liée au bénéficiaire actif ou retraité par un pacte civil de solidarité ;
3. Le concubin du bénéficiaire actif ou retraité au sens de l'article 515-8 du code civil ;
4. Les enfants ou petits-enfants du bénéficiaire actif ou retraité, et ceux de son conjoint ou de la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec lui, dès lors qu'ils sont à charge au sens de l'article 6 du code général des impôts et qu'ils sont :
 - a) Agés de moins de 21 ans ;
 - b) Agés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;
 - c) Reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, quel que soit leur âge.

Le conjoint et/ou l'orphelin du bénéficiaire actif ou retraité décédé, titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin, peuvent conserver leur adhésion après le décès du titulaire du contrat collectif.

A titre transitoire, la personne qui bénéficie d'une pension de réversion à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par les juridictions financières, dispose d'un délai d'un an pour y adhérer.

Les bénéficiaires ayants droit n'ont pas vocation à recevoir une participation financière employeur directe. Des mécanismes de solidarité permettant de réduire le montant des cotisations acquittées au titre de la couverture des ayants droit sont prévus à l'article 7.

Article 3. - Adhésion obligatoire au contrat collectif et cas de dispense

Les bénéficiaires actifs souscrivent obligatoirement aux contrats collectifs. Peuvent toutefois se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants à leur employeur public de l'Etat :

1. Les personnels bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les personnels cessent de bénéficier de cette couverture ;

2. Les personnels couverts par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident à la date d'entrée en vigueur des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'Etat ou de la prise de fonctions si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois ;

3. Les personnels bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;

4. Les personnels bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants :

a) Dispositifs de couverture collective à adhésion obligatoire ou facultative mis en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;

b) Dispositif de couverture individuelle dit versement santé prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;

c) Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (la CAMIEG) ;

d) Dispositifs de couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les personnels dispensés d'adhésion peuvent à tout moment revenir sur leur décision et adhérer au contrat collectif. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut leur être appliquée.

Article 4. - Prestations de la couverture collective des frais de santé

L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne peut pas appliquer de délai de carence au bénéfice des prestations de la couverture collective des frais de santé.

4.1. Panier de soins socle

Les prestations couvertes *a minima*, acte par acte, à chaque bénéficiaire de la couverture collective des frais de santé sont définies en annexe. Ces prestations sont celles prévues par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat. Elles sont supérieures ou égales aux garanties minimales définies au II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale.

Les bénéficiaires retraités et ayants droit qui ont adhéré à la couverture collective bénéficient de garanties identiques à celles des bénéficiaires actifs.

4.2. Garanties optionnelles

En sus du panier de soins socle, le présent accord crée des garanties optionnelles. Les bénéficiaires peuvent souscrire à ces garanties précisées en annexe. Leur souscription emporte celle de leurs ayants droit.

L'administration informe les personnels des prestations de couverture collective des frais de santé proposées dans le cadre du présent accord.

Article 5. - Cotisations des bénéficiaires de la couverture collective des frais de santé

5.1. Les cotisations des bénéficiaires actifs

Les cotisations des bénéficiaires actifs sont constituées de trois parts :

- une part employeur forfaitaire s'élevant à 50 % de la cotisation d'équilibre et financée dans les conditions prévues à l'article 6 ;
- une part individuelle forfaitaire s'élevant à 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- pour le reste, une part individuelle solidaire représentant pour les bénéficiaires actifs en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre. La part solidaire individuelle est calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute du bénéficiaire actif telle que définie dans les cahiers des charges, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale.

La cotisation des bénéficiaires actifs et 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.

5.2. Les cotisations des bénéficiaires retraités

Les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties.

Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation des bénéficiaires retraités est encadrée dans les conditions définies à l'article 7.

5.3. Les cotisations des bénéficiaires ayants droit

5.3.1. Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs sont fixées de sorte de couvrir leurs recours effectifs aux garanties, dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

5.3.2. Les cotisations des conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires retraités sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties. Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation est définie dans les conditions définies à l'article 7.

5.3.3. Les cotisations des enfants de moins de 21 ans sont égales à la moitié de la cotisation d'équilibre.

Par dérogation au précédent alinéa, la cotisation de ces ayants droit est aménagée dans les conditions définies à l'article 7.

5.3.4. Les cotisations des enfants de plus de 21 ans sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties, dans la limite de 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

Article 6. - Participation employeur des juridictions financières au financement de la couverture collective des frais de santé

6.1. Participation employeur au panier de soins socle

Le montant de la participation de l'employeur public de l'Etat est forfaitaire. Elle correspond à 50 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif définie à l'article 5. Le montant de la participation de l'employeur public de l'Etat est inscrit sur le bulletin de paye des bénéficiaires actifs.

6.2. Participation employeur aux garanties optionnelles³

Le présent accord crée des garanties optionnelles et définit le niveau de la participation employeur à leur financement dans la limite de 50 % et de 5 euros par mois par bénéficiaire actif.

6.3. Champ de la participation employeur

Cette participation est réservée aux bénéficiaires actifs définis au paragraphe 2.1 de l'article 2.

Article 7. - Mécanismes de solidarité

7.1. Fonds d'aide des bénéficiaires retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé auprès de la commission paritaire de pilotage et de suivi, conformément aux dispositions de l'article 27 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 précité. La commission détermine un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités en tenant compte des ressources de ces bénéficiaires. Pendant l'exécution du contrat, la commission peut revoir le niveau de prise en charge d'une part des cotisations des retraités bénéficiaires du contrat collectif.

Le financement du fonds est exclusivement assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 2 % des cotisations hors taxe acquittées par les bénéficiaires. Ce taux pourra être réévalué dans les conditions prévues à l'article 24 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et l'accord interministériel du 26 janvier 2022.

La commission paritaire de pilotage et de suivi évalue les mécanismes de solidarité à destination des bénéficiaires retraités au terme d'un délai de trois ans à compter de la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu. Elle transmet un rapport au comité de suivi de l'accord interministériel.

7.2. Solidarités à destination des bénéficiaires ayants droit

Le montant de la cotisation correspondant à la couverture des enfants est plafonné au niveau du montant de la cotisation correspondant à deux enfants à compter de l'adhésion du troisième enfant âgé de moins de 21 ans.

7.3. Solidarités à destination des anciens personnels non retraités et de leurs ayants droit

Conformément à l'article 26 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, à compter de la date de cessation de leur relation de travail avec les juridictions financières, les personnels bénéficiaires actifs qui deviennent anciens personnels non retraités conservent leur adhésion au contrat collectif souscrit par

³ Les garanties « optionnelles » sont souscrites à titre facultatif par les bénéficiaires du contrat.

cet employeur pour les bénéficiaires actifs, à la condition d'être inscrits comme demandeur d'emploi et d'être indemnisés à ce titre par leur régime d'assurance chômage. Ils n'acquittent pas de cotisations.

La durée de l'adhésion maintenue au contrat collectif ne peut excéder douze mois. Elle correspond à la période d'indemnisation par l'assurance chômage limitée à :

1° La durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs sans période d'interruption de plus de deux mois avec les juridictions financières ;

2° La durée de la dernière période d'activité du fonctionnaire, appréciée en mois entiers.

Les bénéficiaires ayants droit de ces anciens personnels non retraités continuent de bénéficier du maintien de leur adhésion au contrat collectif dans les mêmes conditions. Ils n'acquittent pas de cotisations.

Les garanties ainsi maintenues sont celles en vigueur pour les bénéficiaires de la même catégorie pendant toute la durée du maintien de l'adhésion.

Article 8. - Fonds d'accompagnement social et prestations d'accompagnement social

Un fonds d'accompagnement social à destination des bénéficiaires des contrats collectifs est créé auprès de la commission paritaire de pilotage et de suivi sur le fondement des dispositions de l'article 27 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 précité.

Ce fonds peut financer des prestations attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires. Elles sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif dont le taux est égal à 2 % des cotisations hors taxes acquittées.

Ces prestations, leurs conditions d'attribution et les conditions dans lesquelles les bénéficiaires peuvent y avoir recours seront définies par la commission paritaire de pilotage et de suivi, de manière à compléter les actions sociales proposées par l'administration. Les membres de la commission sont informés du nombre et de la typologie des prestations accordées et de leurs bénéficiaires

Article 9. - Sélection du contrat collectif en santé

Le contrat collectif sera conclu à la suite d'une procédure de mise à la concurrence en application du code de la commande publique. Un candidat sera sélectionné, pour six ans maximum⁴, sur la base d'un cahier des charges.

La commission paritaire de pilotage et de suivi participe à la définition des critères, leur hiérarchisation et leur pondération dans le respect des principes généraux de la concurrence et dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêt. L'employeur public présente à la commission un rapport exposant les offres définitives des organismes complémentaires candidats et ses choix au regard des critères définis dans le cahier des charges. La commission émet un avis sur ce rapport.

⁴ Article 9 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 précité.

Article 10. - Commission paritaire de pilotage et de suivi

Une commission paritaire de pilotage et de suivi est créée au sein des juridictions financières.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants de l'administration d'une part, et de représentants des personnels siégeant au comité social d'administration et aux conseils supérieurs de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes d'autre part.

La commission paritaire de pilotage et de suivi se réunit au moins trois fois par an.

Elle adopte un règlement intérieur, précisant notamment les modalités de convocation et l'organisation des séances, ainsi que les modalités de décompte des votes, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 du décret n°2025-276 du 26 mars 2025 relatif à la protection sociale complémentaire des membres et du personnel de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes.

La commission propose :

1. Un barème de prise en charge d'une part des cotisations des bénéficiaires retraités ;
2. Des prestations d'accompagnement social.

La commission participe à :

1. La définition et le pilotage des actions de prévention à conduire par les organismes avec lesquels le contrat collectif est conclu ;
2. L'audit et l'évaluation du contrat collectif, notamment la qualité de la gestion et du service rendu aux bénéficiaires du contrat ;
3. La fixation du montant de la cotisation d'équilibre et l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme avec lequel le contrat collectif est conclu ;
4. L'audit et l'évaluation des évolutions tarifaires et de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité.

La commission est consultée sur :

1. L'adaptation des plafonds prévus à l'article 22 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 précité lorsque les conditions définies à l'article 23 du même décret sont réunies ;
2. La définition des critères de sélection des candidats et des offres, leur hiérarchisation ou leur pondération.

La commission émet un avis sur le rapport exposant l'analyse et le classement des offres définitives des candidats au regard des critères définis dans les documents consultatifs avant l'attribution du marché.

Elle peut être consultée sur toute question relevant de sa compétence.

La commission est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle.

Article 11. - Engagements en matière de prévoyance

Conformément à l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance dans la fonction publique de l'État, les juridictions financières s'engagent à proposer à leur personnel un contrat complémentaire couvrant les risques d'incapacité, d'invalidité et de décès. Ce

contrat sera précédé d'une négociation ayant pour objet de conclure un accord collectif. L'application de ce contrat est visée à compter de janvier 2026.

L'adhésion à ce contrat complémentaire sera facultative.

La participation employeur est fixée à 7 euros par mois et par bénéficiaire actif.

Article 12. - Révision et dénonciation de l'accord

Le présent accord pourra être révisé et dénoncé selon les dispositions en vigueur prévues aux articles L. 227-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique.

Il peut être modifié à l'initiative de l'autorité administrative signataire ou de tout ou partie des signataires de l'accord.

L'administration peut suspendre le présent accord pour une durée déterminée en cas de situation exceptionnelle.

Article 13. - Entrée en vigueur

Le présent accord entre en vigueur le lendemain de sa publication.

ANNEXE - PRESTATIONS DE LA COUVERTURE COLLECTIVE DES FRAIS DE SANTÉ

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Honoraires ⁽¹⁾			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	180%	200%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour			
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	100%	100%
Chambre particulière (sans limitation de durée)			
Court séjour et maternité	50€ / nuit	50€ / nuit	50€ / nuit
Soins de suite	40€ / nuit	40€ / nuit	40€ / nuit
Psychiatrie	45€ / nuit	45€ / nuit	45€ / nuit
Ambulatoire	25€ / jour	25€ / jour	25€ / jour
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50€ / nuit	38,50€ / nuit	38,50€ / nuit
Etablissement non conventionné	25€ / nuit	25€ / nuit	25€ / nuit
Autres			
Autres	-	-	-

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultations / Visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	130%	200%
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200%	250%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	150%	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	130%

Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%	130%	130%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	100%	100%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%	130%	130%
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	100%

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70€ / an	70€ / an	70€ / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%	200%	200%
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%	100%	100%

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%	100%	100%
Prothèses (hors 100% Santé)			
Panier Maîtrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%	425%	500%
Prothèses amovibles	375%	425%	500%

Prothèses provisoires	375%	425%	500%
Inlay Core	375%	425%	500%
Inlays onlays d'obturation	150%	200%	225%

Panier Libre

Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300%	Dent visible : 350%	Dent visible : 425%
	Dent non visible : 250%	Dent non visible : 300%	Dent non visible : 375%
Prothèses amovibles	Dent visible : 300%	Dent visible : 350%	Dent visible : 425%
	Dent non visible : 250%	Dent non visible : 300%	Dent non visible : 375%
Prothèses provisoires	300%	350%	425%
Inlay Core	200%	250%	325%

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Implantologie			
Implants	500€ / implant (limite 2 implants / an)	600€ / implant (limite 2 implants / an)	800€ / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200€ / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	200€ / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	200€ / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250%	300%	375%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400€ / semestre	400€ / semestre	400€ / semestre
Autres			
Autres	-	-	-

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

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Aides auditives			
Equipements 100% Santé ⁽²⁾ ⁽³⁾	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre ⁽³⁾	Moins de 20 ans : 800€ 20 ans et plus : 800€	Moins de 20 ans : 800€ 20 ans et plus : 800€	Moins de 20 ans : 800€ 20 ans et plus : 800€
Optique			

Equipements 100% Santé ⁽²⁾	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
Monture	1 Monture + 2 verres simples : 170€ 1 Monture + 2 verres complexes : 270€ ou 350€	1 Monture + 2 verres simples : 195€ 1 Monture + 2 verres complexes : 295€ ou 375€	1 Monture + 2 verres simples : 245€ 1 Monture + 2 verres complexes : 345€ ou 425€
Verres	1 Monture + 2 verres très complexes : 450€ Dont maximum 50€ pour la monture	1 Monture + 2 verres très complexes : 475€ Dont maximum 55€ pour la monture	1 Monture + 2 verres très complexes : 525€ Dont maximum 65€ pour la monture
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables ⁽⁴⁾	100€ / an	100€ / an	100€ / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400€ / an	400€ / an	400€ / an
Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).			
Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).			

Poste de soins	Panier de l'accord interministériel	Option 1	Option 2
Autres postes			
Cures thermales acceptées SS			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%	100%	100%
Prime maternité			
Naissance ou adoption d'un enfant	-	-	-
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, naturopathie et hypnose	2 séances / an (limite 40€ / séance)	5 séances / an (limite 45 € / séance)	5 séances / an (limite 45 € / séance)
Prime naissance ou adoption	-	200 € / enfant	200 € / enfant
Psychologue			
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	4 séances / an (limite 30€ / séance)	5 séances / an (limite 40 € / séance)	5 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés SS			

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80€ / an	80€ / an	80€ / an
Contraception, tests de grossesse	80€ / an	80€ / an	80€ / an
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183€ / acte	183€ / acte	183€ / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%
Autres			
Autres	-	-	-

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

(2) Tels que définis réglementairement.

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

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