

# Décrets, arrêtés, circulaires

## ACCORDS COLLECTIFS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

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

**Accord relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et en matière de prévoyance au sein du ministère de l'Europe et des affaires étrangères ainsi que de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger**

NOR : EAEA24325430

Entre :

Les représentants des employeurs, signataires *in fine*,

Et :

Les organisations syndicales représentatives, signataires *in fine*.

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code civil ;

Vu le code de la commande publique ;

Vu le code général de la fonction publique, notamment ses articles L. 9, L. 223-1, L. 827-2 et L. 827-1 ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code de la mutualité ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail ;

Vu l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, notamment le II de l'article 1<sup>er</sup> ;

Vu le décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004 modifié relatif au régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat ;

Vu le décret n° 2020-1427 du 20 novembre 2020 relatif aux comités sociaux d'administration dans les administrations et les établissements publics de l'Etat ;

Vu le décret n° 2021-904 du 7 juillet 2021 relatifs aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique ;

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 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 janvier 2022 ;

Vu 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 ;

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

Vu le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatif à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique volet prévoyance ;

Vu l'accord majoritaire qui s'est dégagé lors de la réunion du groupe de travail paritaire du MEAE le 7 novembre 2023 et lors du CSA-AEFE du 12 décembre 2023 sur la PSC-Santé ;

Vu les conclusions du groupe de travail paritaire MEAE-AEFE sur la PSC-Prévoyance le 20 juin 2024,

### Préambule

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

Cette prestation sociale de couverture des risques santé et prévoyance 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.

S'agissant du volet santé, un 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 de l'Etat.

En ce qui concerne le volet prévoyance, un accord interministériel du 20 octobre 2023 et le décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024 relatifs à l'amélioration des garanties (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'Etat complètent le cadre défini par l'accord en santé en assurant une couverture globale des agents qui combine garanties mises en œuvre par les employeurs et garanties mises en œuvre dans le cadre de la protection sociale complémentaire.

Le présent accord est pris en application des dispositions relatives à la négociation collective aux articles L. 221-1 à L. 227-4 et L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique.

La négociation collective menée avec les organisations syndicales représentées au sein du CSA ministériel du ministère de l'Europe et des affaires étrangères ainsi qu'avec celles de l'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.

## TITRE I<sup>er</sup>

### Nouveau cadre de la protection sociale complémentaire en santé et en prévoyance (articles 1<sup>er</sup> à 4)

#### Article 1<sup>er</sup>

##### *Objet*

Le présent accord a pour objet de décliner les dispositions du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 **en matière de santé**, et de préciser les modalités d'adhésion des agents aux contrats collectifs d'assurance qui seront souscrits par les employeurs auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application définies dans ledit contrat d'assurance. Ces garanties complémentaires permettront ainsi aux agents de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de sécurité sociale pour les bénéficiaires du panier de soins France résidant en France. Les agents résidant à l'étranger et leurs ayants droit bénéficieront d'un panier de soins spécifique intégrant une prestation de rapatriement sanitaire.

L'adhésion au régime ainsi mis en place est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné.

L'adhésion des retraités et des ayants droit est facultative.

Le présent accord prévoit aussi de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 20 octobre 2023 sur le **volet prévoyance** et celles du décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024, complétées par les dispositions issues des négociations ministérielles.

Il précise les modalités de fonctionnement de l'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance en matière de risques d'incapacité de travail, d'invalidité et de décès qui sera souscrit par les employeurs auprès d'un organisme relevant des catégories mentionnées à l'article 7 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, sur la base des garanties et de leurs modalités d'application définies par ledit contrat d'assurance.

L'adhésion au régime mis en place en matière de prévoyance est facultative. Celle-ci ainsi que le bénéfice des garanties prennent effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Aucun délai de carence n'est applicable.

#### Article 2

##### *Champ d'application de l'accord*

Entrent dans le champ d'application du présent accord collectif les agents employés et rémunérés par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE). Les parties conviennent que le présent accord sera applicable dès son entrée en vigueur.

Le présent accord pourra s'étendre aux établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui, ultérieurement, rejoindraient le dispositif.

### Article 3

#### *Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale en santé*

Les bénéficiaires à titre obligatoire ou facultatif ainsi que les cas de dispenses d'adhésion sont ceux mentionnés au sein du décret du 22 avril 2022.

#### **3.1. Bénéficiaires à titre obligatoire**

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et par l'AEFE.

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 liste spécifiquement les agents concernés. Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires civils de l'Etat ;
- des agents contractuels de droit public ;
- des agents contractuels de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire) ;
- des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

Les agents conservent l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- 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 ;
- bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

Ne rentrent pas dans le champ d'application les volontaires internationaux (VIA).

#### **3.2. Bénéficiaires à titre facultatif**

Les ayants droit des agents actifs peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord.

Les agents retraités ainsi que leurs ayants droit peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord à l'exclusion du panier de soins étranger. Les agents retraités ont la possibilité d'adhérer au présent contrat 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 ainsi mis en place les ayants droit, conformément à l'article 5 du décret du 22 avril 2022 :

- conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
- personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
- personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
- enfant ou petit-enfants d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
  - agé de moins de 21 ans ;
  - agé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
  - 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.

#### **3.3. Cas de dispenses d'adhésion**

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 ;
- 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'ayants 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 ;
  - d'une couverture collective des militaires en application de l'article L. 4123-3 du code de la défense.

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 régime.

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.

### 3.4. Bénéficiaires du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

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

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

## Article 4

### *Bénéficiaires du régime collectif de protection sociale complémentaire en prévoyance*

4.1. Le régime complémentaire facultatif s'applique aux agents employés et rémunérés par le MEAE et l'AEFE.

Les agents concernés sont :

- des fonctionnaires civils de l'Etat ;
- des agents contractuels de droit public ;
- des agents contractuels de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire) ;
- des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

Les VIA ne rentrent pas dans le champ d'application du présent accord.

4.2. Les périodes de suspension de contrat de travail indemnisées sont celles liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée dès lors qu'elles sont déterminées.

L'adhésion des agents est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de leur rémunération, soit au titre d'une indemnisation versée par un régime de sécurité sociale, soit d'un maintien de rémunération versé par les employeurs.

## TITRE II

### Garanties et prestations (articles 5 à 6)

## Article 5

### *Garanties et prestations en matière de santé*

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

L'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif est conclu ne recueille pas d'informations médicales individuelles auprès des bénéficiaires de la couverture collective.

Le panier de soins socle interministériel – panier de base commun à l'ensemble de la fonction publique d'Etat – est prévu par l'arrêté du 30 mai 2022.

#### 5.1. Garantie France

##### 5.1.1. Garantie 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, seront repris dans le contrat collectif. L'adhésion à la garantie de base (annexe 1), correspondant au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout agent actif sauf cas de dispenses limitativement énumérés à l'article 3.3 du présent accord.

### 5.1.2. Garanties optionnelles

Trois garanties optionnelles (annexe 1) seront proposées aux agents rattachés au panier de soins France, qui auront la possibilité de souscrire une option au choix parmi les trois.

Le choix d'une option par l'agent 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, selon les modalités définies par le contrat d'assurance.

Les niveaux de garanties pourront faire l'objet de modifications à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) donnant lieu à un avenant au contrat d'assurance.

### 5.2. Garantie panier de soins Etranger

Les agents exerçant leur mission hors du territoire français seront rattachés au panier de soins Etranger (annexe 2).

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 en mission à l'étranger.

Ces derniers peuvent néanmoins faire le choix de ne pas s'affilier au panier de soins étranger et adhérer au panier de soins France (et souscrire à l'une des trois options du panier de soins France) s'ils restent sur le territoire français pendant la durée de mission de l'agent.

Les conditions de bascule entre l'offre France et l'offre étranger sont déterminées par le contrat d'assurance.

### 5.3. Maintien des garanties

Les garanties sont maintenues pendant une durée maximum de 12 mois.

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit (il ne s'acquitte pas des cotisations) au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois. Elle correspond à la période d'indemnisation par l'assurance chômage limitée à :

- 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 le même employeur ;
- la durée de la dernière période d'activité du fonctionnaire, appréciée en mois entiers.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage.

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

Cette couverture sera également maintenue pour leurs ayants droit, s'ils étaient affiliés auparavant.

### 5.4. Les actions de prévention en santé

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 au sein des périmètres concernés.

### 5.5. Accompagnement social

Les prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif seront proposées par l'organisme assureur selon les conditions fixées par le décret du 22 avril 2022.

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

### 5.6. Fonds d'aide aux retraités

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités sera mis en place conformément aux dispositions du décret du 22 avril 2022.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide seront déterminées par la CPPS.

## Article 6

### *Garanties et prestations en matière de prévoyance*

Chaque agent a la possibilité de souscrire auprès de l'assureur des garanties complémentaires prévues au décret n° 2024-678 du 4 juillet 2024.

#### 6.1. Incapacité de travail

L'indemnisation due en cas d'incapacité de travail est définie à l'article 4 dudit décret. L'indemnisation du congé de longue maladie et du congé de grave maladie, à l'exclusion du jour de jour de carence, est portée à hauteur de :

- 100 % de l'assiette de rémunération la première année ;
- 80 % de l'assiette de rémunération la deuxième année ;

- 80 % de l'assiette de rémunération la troisième année.

## 6.2. Invalidité

L'article 5 dudit décret prévoit le versement d'une prestation complémentaire au fonctionnaire radié des cadres par anticipation et mis à la retraite en raison d'une invalidité d'origine non-professionnelle ou au fonctionnaire placé en disponibilité pour raison de santé en raison d'une invalidité d'origine non-professionnelle. Cette prestation complémentaire est au moins égale à 10 % de la rémunération définie à l'article 4 du décret du 4 juillet 2024, hors majoration pour tierce personne, sous réserve que l'ensemble des sommes perçues n'excède pas 80 % de cette rémunération.

L'article 6 dudit décret définit la compensation de l'invalidité d'origine non-professionnelle pour les agents contractuels. Ainsi elle est portée à hauteur de :

- 50 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de première catégorie ;
- 80 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de seconde catégorie ;
- 80 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de troisième catégorie, hors majoration de 40 % pour tierce personne.

## 6.3. Décès

Conformément à l'article 7 dudit décret, les ayants droit de l'agent bénéficiaire décédé en activité percevront un capital décès versé par l'organisme complémentaire égal à un an de rémunération brute.

## 6.4. Dispositions transitoires

En cas de changement d'organisme assureur, les rentes en cours de service à la date du changement (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Les garanties décès seront également maintenues au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance.

## 6.5. Garanties additionnelles

Les agents pourront adhérer selon des modalités définies par les employeurs à des garanties additionnelles proposées par l'organisme complémentaire sélectionné pour assurer les garanties complémentaires interministérielles.

L'offre de garantie additionnelle sera composée de deux (2) options facultatives (annexe 3) définies à l'issue des négociations du groupe de travail PSC.

Le contrat comportera des garanties additionnelles concernant le congé de maladie ordinaire (la couverture du jour de carence applicable aux congés pour raisons de santé des agents fonctionnaires et contractuels sera exclue des garanties) et le congé de longue durée. Lesdites garanties peuvent être complétées par le congé de longue maladie/congé de maladie grave et l'invalidité.

Ces garanties ne peuvent être servies qu'en complément d'un maintien de rémunération de l'employeur ou d'une indemnisation versée par un régime de sécurité sociale.

Elles pourront aussi porter sur des risques tels que les frais d'obsèques et la perte d'autonomie.

## 6.6. Assiette de rémunération pour le calcul des prestations

La rémunération de référence servant d'assiette au calcul des prestations en matière de prévoyance (garanties complémentaires et additionnelles) est celle définie pour l'incapacité et l'invalidité par l'article 4 du décret du 4 juillet 2024 et pour le décès par l'article 7 dudit décret.

## 6.7. Mécanisme de solidarité

Conformément à l'article 12 du décret du 4 juillet 2024, l'adhésion des agents au contrat ne pourra être conditionnée par leur âge ou leur état de santé lorsque :

- leur adhésion intervient pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement ;
- les agents sont recrutés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, et que leur adhésion intervient dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche.

Passé ce délai de six mois, si l'adhésion au titre du contrat est acceptée, elle pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical.

L'agent qui se trouve en arrêt de travail à la date de prise d'effet du contrat peut adhérer au contrat sous réserve des conditions particulières prévues au contrat.

## TITRE III

## Cotisations (articles 7 à 9)

## Article 7

*Cotisations en matière de santé***7.1. Cotisations au panier de soins interministériel***7.1.1. Montant de la cotisation d'équilibre*

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu, après avis de la CPPS conformément à l'article 12 du présent accord.

*7.1.2. Cotisations additionnelles*

Les taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités ainsi des prestations d'accompagnement social s'élèvent respectivement à 2 % et 1,5 %. Toute évolution sur décision majoritaire de la CPPS fera l'objet d'un avenant au présent accord.

*7.1.3. Cotisations des agents actifs*

En application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, le financement de la cotisation d'équilibre aux paniers de soins se répartit comme suit :

- 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 première part forfaitaire de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
  - une part individuelle solidaire fixée en fonction de ses rémunérations mensuelles soumises à CSG et CRDS, plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) correspondant, en moyenne sur la population des bénéficiaires actifs, à 30 % de la cotisation d'équilibre.

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.

*7.1.4. Cotisations des retraités*

Les cotisations des retraités ainsi que leurs plafonds sont définies par le décret du 22 avril 2022 et par l'arrêté du 30 mai 2022.

Cette cotisation est limitée à 175 % de la cotisation d'équilibre.

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

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième années, à 150 %.

Les taux plafond indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires.

*7.1.5. Cotisations des ayants droit, conjoints des bénéficiaires actifs et retraités*

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

Enfants :

Ce montant est fixé dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans ou dans la limite de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap.

Ce montant est plafonné à 50 % de la cotisation d'équilibre des bénéficiaires actifs, pour les enfants de moins de 21 ans.

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.

Conjoints des bénéficiaires actifs :

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires, de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs sera fixé dans le contrat collectif dans la limite de 110% de la cotisation d'équilibre après avis de la CPPS conformément à l'article 12 du présent accord.

Conjoints des bénéficiaires retraités :

Le montant des cotisations des conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités finance le recours aux garanties. Il sera fixé dans le contrat collectif.

## 7.2. Cotisations aux garanties optionnelles

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

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

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

Les cotisations des options des ayant droits des bénéficiaires actifs et retraités sont déterminées sur la base des critères mentionnés à l'article 7.1.5 du présent accord.

## Article 8

### *Cotisations en matière de prévoyance*

#### 8.1. Assiette de cotisation

Les assiettes de cotisation sont déterminées annuellement et valent pour toute l'année civile. Les cotisations sont calculées :

- pour les agents fonctionnaires sur la base du traitement indiciaire et des primes bruts des 12 derniers mois ;
- pour les agents contractuels sur la base de la rémunération brute des 12 derniers mois.

#### 8.2. Paiement de la cotisation

##### 8.2.1. *Garanties complémentaires interministérielles*

Conformément à l'article 18 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, les cotisations seront directement acquittées par l'agent auprès de l'organisme complémentaire sélectionné par les employeurs. Dès lors, aucun prélèvement ne sera effectué sur la paie de l'agent.

Les employeurs procéderont au remboursement d'une partie de cette cotisation. Le montant de la participation forfaitaire de l'employeur est fixé par arrêté.

##### 8.2.2. *Garanties additionnelles*

Conformément à l'article 19 de l'accord interministériel du 20 octobre 2023, les cotisations relatives aux garanties additionnelles seront à la charge exclusive de l'agent.

Conformément à l'article 10 du décret du 4 juillet 2024, la cotisation versée au titre des garanties additionnelles sera distincte de celle due au titre de la garantie complémentaire de base, qui seule fera l'objet d'un remboursement forfaitaire par les employeurs.

## Article 9

### *Evolution tarifaire*

Les montants des cotisations définis dans les contrats pourront faire l'objet d'une révision chaque année, en fonction des résultats dudit contrat. La CPPS mentionnée à l'article 12 du présent accord participe à la fixation du montant de la cotisation d'équilibre et à l'appréciation des demandes d'évolutions tarifaires présentées par l'organisme assureur, pour le volet Santé uniquement.

Les agents seront informés de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

## TITRE IV

### Dispositions communes (articles 10 à 13)

## Article 10

### *Sélection des contrats collectifs en santé et en prévoyance*

La sélection des contrats collectifs sera organisée selon les dispositions prévues par le décret du 22 avril 2022. Les employeurs mettent en œuvre une procédure de mise en concurrence en application du code de la commande publique. Les contrats collectifs seront sélectionnés pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant a minima les critères d'appréciation des offres suivants :

- le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
- la maîtrise financière des contrats ;
- la qualité de gestion des contrats et des services ;
- la diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats.

Les employeurs peuvent, après avis de la CPPS, ajouter tout autre critère objectif respectant l'obligation de transparence et de non-discrimination, adapté à la couverture de ses agents. La commission paritaire de pilotage et de suivi est consultée sur 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.



Avant l'attribution du contrat collectif, l'employeur présente à la CPPS 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.

## Article 11

### *Information individuelle*

Le présent accord sera porté à la connaissance des agents via les canaux de communication interne du ministère de l'Europe et des affaires étrangères et de l'Agence pour l'Enseignement français à l'étranger.

Une notice d'information détaillant les frais couverts, les garanties ainsi que leurs modalités d'application et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, sera remise à chaque agent affilié au contrat après la mise en place du contrat collectif et l'affiliation de ces derniers.

Il en ira de même en cas de modification des garanties et/ou du contrat.

Les futurs retraités sont informés des modalités d'adhésion au contrat santé par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et de l'Agence d'enseignement français à l'étranger ou, lorsqu'ils ont déjà liquidé leur retraite, par les gestionnaires des régimes de retraites dont ils relèvent.

## Article 12

### *Commission paritaire de pilotage et de suivi*

Une commission paritaire de pilotage et de suivi de l'accord (CPPS) est mise en place.

Elle participe au pilotage du régime dans le cadre des compétences définies aux articles 23, 24 et 28 du décret du 22 avril 2022.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants des employeurs et de représentants des organisations syndicales ou de groupes d'organisations syndicales représentatifs des personnels élus au CSA ministériel du ministère de l'Europe et des affaires étrangères ainsi qu'au CSA de l'AEFE.

La composition de la CPPS et la répartition des voix (cf en annexe 4) sont définies comme suit en conformité avec l'article 29 du décret du 22 avril 2022 :

- un représentant titulaire et deux représentants suppléants désignés par chacune des organisations syndicales ou groupes d'organisations syndicales conformément aux dispositions de l'alinéa 2 de l'article L. 221-3 du code général de la fonction publique. Les voix de chacun des représentants sont proportionnelles au nombre de suffrages recueillis pour la composition du CSAM/MEAE et du CSA/AEFE. Afin de tenir compte de la réalité des effectifs respectifs du MEAE et de l'AEFE, une clé de répartition des votes exprimés sera appliquée à hauteur des effectifs physiques dans chacune des deux entités au 31 décembre. Cette clé de répartition pourra être revue chaque année en cas d'évolution des effectifs supérieure à 10 % à la hausse ou à la baisse ;
- des représentants des employeurs désignés par l'autorité administrative compétente.

La commission paritaire de pilotage et de suivi se réunit au moins trois fois par an (1 fois par an pour la prévoyance). La commission est assistée par un expert indépendant compétent en matière actuarielle. Un règlement intérieur à la CPPS est adopté lors de la première séance.

La CPPS est renouvelée après chaque renouvellement du CSAM du MEAE et du CSA de l'AEFE dans les termes définis à l'article 29 du décret du 22 avril 2022.

La CPPS assure le pilotage du fonds d'aide aux retraités, et des prestations d'accompagnement social prévues à l'article 27. Elle formule un avis pour la mise en œuvre du dispositif d'ajustement des mécanismes de solidarité prévus à l'article 23 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022. Elle est consultée sur les critères de sélection et le rapport d'analyse des offres des candidats.

Un rapport sur la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire des agents est présenté par l'assureur à la commission de suivi.

La commission de suivi réalise périodiquement une évaluation des différents niveaux de cotisation d'équilibre constatés au sein des contrats collectifs au regard des caractéristiques des populations couvertes. S'il est constaté des déséquilibres significatifs, la commission paritaire de pilotage et de suivi propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation du présent accord.

S'agissant du volet Prévoyance, la compétence de la CPPS est définie à l'article 15 du décret du 4 juillet 2024.

## Article 13

### *Révision et dénonciation de l'accord collectif*

Le présent accord pourra être révisé ou dénoncé selon les articles L. 227-1 à L. 227-4 du code général de la fonction publique et selon les mêmes modalités que celles de sa publication. En cas d'évolution des textes législatifs et réglementaires relatifs au régime de protection sociale complémentaire, celles-ci seront intégrées dans l'accord.

## TITRE V

## Dispositions finales (article 14)

## Article 14

*Entrée en vigueur et durée de l'accord collectif*

Le présent accord collectif est conclu pour une durée indéterminée. Il fait l'objet d'une publication dans les conditions prévues aux articles L. 226-1 et L. 226-2 du code général de la fonction publique. Il entrera en vigueur à compter du lendemain de cette publication.

Il fait l'objet d'une diffusion via les canaux de communication interne.

Les accords publiés sont transmis à la direction générale de l'administration et de la fonction publique qui assure le dépôt de l'accord conclu sur un espace numérique dédié où seront regroupés tous les accords publiés afin qu'ils soient facilement accessibles et consultables par tous les agents. La possibilité pour chaque agent d'accéder ainsi à l'ensemble des accords permet par ailleurs de faciliter et renforcer le contrôle du principe de faveur.

Fait à Paris, le 29 août 2024.

*Le ministre de l'Europe  
et des affaires étrangères,  
Pour le ministre et par délégation :  
Le directeur des ressources humaines,  
E. DE GONNEVILLE*

*Les organisations syndicales représentatives,*

Pour la CFDT :

F. RISTORI

Pour l'ASAM-UNSA :

S. GAY

Pour la Liste d'Union :

CGT,

V. JACQ-DUCLOS

FSU,

M. FOUAD BOUOUDEN

Solidaires,

A. BOUJOT

Pour l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger :

*La directrice générale,*

C. SCHERER-EFFOSSE

*Les organisations syndicales représentatives,*

Pour la FSU :

C. CHAUDIN

Pour la UNSA-Education :

M. VERVIERS

Pour le SGEN-CFDT :

P. CANOVA

ANNEXES

ANNEXE 1

PANIER DE SOINS FRANCE ET OPTIONS

	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
Actes techniques médicaux				
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
Actes d'imagerie médicale				
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
Honoraires paramédicaux				
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
Analyses et examens de laboratoire				
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
Frais de transport				
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>				
Panier Maîtrisé				
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
Panier aux tarifs libres				
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
<b>Autres prestations optique</b>				
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
<b>Grille optique</b>				
<b>Type de verre (remboursement par verre)</b>				
<b>Verre unifocal, sphérique</b>				
Sphère de - 6 à + 6 (Verre simple)	60 €	90 €	125 €	160 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (Verre complexe)	110 €	150 €	250 €	300 €
<b>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</b>				
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 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphérique</b>				
Sphère de - 4 à + 4 (Verre complexe)	150 €	150 €	250 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (Verre hypercomplexe)	200 €	225 €	315 €	350 €
<b>Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique</b>				
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) > + 9 (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>				
<b>Médecine douce</b>				
Osteopathe, chiropracteur, homéopathe, étioopathe, 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

## ANNEXE 2

## PANIER DE SOINS ÉTRANGER

	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 (Homeopathie, 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 (FPLU)		
Forfait patient urgence (FPLU)	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, étioopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/ an)	30 €/ séance	30 € / séance
Actes refusés 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

## ANNEXE 3

## PRÉVOYANCE

## GARANTIES INTERMINISTÉRIELLES ET ADDITIONNELLES

OFFRE INTERMINISTERIELLE	Garantie socle interministérielle
Congé de longue maladie ou congé de grave maladie	100 % de l'assiette de rémunération la première année ; 80 % de l'assiette de rémunération la deuxième année ; 80 % de l'assiette de rémunération la troisième année.
Invalidité permanente	50 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de première catégorie ; 80 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de deuxième catégorie ; 80 % de l'assiette de rémunération pour une invalidité de troisième catégorie, hors majoration de 40 % pour tierce personne.
Décès	1 an de rémunération
OPTION 1	Garanties additionnelles <i>Les garanties sont exprimées en % de l'assiette de rémunération (sous déduction des couvertures statutaires et de la Sécurité sociale, ainsi que du socle interministériel)</i>
Congé de maladie ordinaire	En cas de demi-traitement : 80 %
Congé de Longue Durée	En cas de demi-traitement : 80 % En cas de plein-traitement : 100 %
OPTION 2	Garanties additionnelles <i>Les garanties sont exprimées en % de l'assiette de rémunération (sous déduction des couvertures statutaires et de la Sécurité sociale, ainsi que du socle interministériel)</i>
Congé de maladie ordinaire	En cas de demi-traitement : 85 %
Congé Longue Maladie / Congé Grave Maladie	En cas de demi-traitement : 85 %
Congé de Longue Durée	En cas de demi-traitement : 85 % En cas de plein-traitement : 100 %

## ANNEXE 4

## COMPOSITION DE LA CPPS

Organisations syndicales membres de la CPPS	Nombre de représentants titulaires	Pourcentage de voix en CPPS	Clé de répartition au regard des effectifs au 31 décembre
Pour le MEAE			8734 (hors ADL)
			60%
CFDT	1	38,96	
Liste d'Union	1	26,45	
ASAM-UNSA	1	20,80	
CFTC	1	13,81	
Pour l'AEFE			5 772 (hors PDL)
			40%
FSU	1	56,48	
UNSA-Education	1	20,80	
Sgen-CFDT	1	16,38	

Employeurs membres de la CPPS	Nombre de représentants	Nombre de voix
<b>Pour le MEAE</b>		<b>4</b>
Directeur général de l'administration et de la modernisation ou son représentant	1	
Directeur des ressources humaines ou son représentant	1	
Directeur des affaires budgétaires ou son représentant		
Déléguée à la solidarité et à l'engagement ou son représentant	1	
Sous-directeur des parcours ou son représentant	1	
Sous-directeur de la stratégie RH ou son représentant	1	
La sous-directrice de l'attractivité et du recrutement ou son représentant	1	
Sous-directrice, délégation générale à Nantes ou son représentant	1	
Cheffe du CSRH ou son représentant	1	
Cheffe de la mission des achats ou son représentant	1	
<b>Pour l'AEFE</b>		<b>3</b>
Directrice générale ou son représentant	1	
Secrétaire générale ou son représentant	1	
Directeur des ressources humaines ou son représentant	1	
Chef du service des affaires générales ou son représentant	1	
Directrice des affaires budgétaires ou son représentant	1	