



Régimes complémentaires de frais de santé pour les agents territoriaux des Alpes-Maritimes

- Couverture des risques complémentaires de frais de santé.
- Contrat collectif à adhésion facultative des agents conforme aux dispositions de l'ordonnance 2021-175 du 17 février 2021 et du décret n° 2022-581 du 20 avril 2022.
- A compter du 1^{er} janvier 2026 : l'employeur sera tenu de participer obligatoirement à la couverture santé de ses agents. La participation minimale est fixée à 15€ par agent et par mois (décret 2022-581 du 20 avril 2022).

Assureur retenu : Groupement WTW / INTERIALE

Synthèse des garanties proposées



Les taux de cotisation en % du PMSS : Régime des actifs

Les agents peuvent choisir leur couverture pour eux-mêmes et leurs ayants-droits parmi 3 niveaux de garanties frais de santé.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Adulte	1,70 %	2,11 %	2,45 %
Enfant (gratuité à partir du 3^{ème} enfant)	0,64 %	0,83%	0,95 %

Les cotisations sont indexées annuellement sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) et évoluent chaque année en fonction de l'évolution du PMSS déterminée dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS).

Le PMSS 2024 est fixé à 3 864€. Le PMSS 2025 sera fixé dans le PLFSS 2025.

Exemples de cotisation basée sur le PMSS2024 :

- Niveau 1 : $1.70\% \times 3.864\text{€} = 65.68\text{€}$
- Niveau 2 : $2.11\% \times 3.864\text{€} = 81.53\text{€}$
- Niveau 3 : $2.45\% \times 3.864\text{€} = 94.67\text{€}$

Régime des inactifs

L'adhésion aux contrats est également ouverte, à compter du 1^{er} janvier 2025, aux retraités (agents partant à la retraite à compter du 1^{er} janvier 2025), aux agents en position de détachement, de disponibilité ou de congé parental. Le régime des inactifs respectera la réglementation en vigueur (dispositions de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31/12/1989 dite loi « Évin »).

Les taux de cotisations proposés par le groupement WTW / INTERIALE sont maintenus pendant les deux premières années de la convention, hors évolutions réglementaires et fiscales, et hors évolution du PMSS.

A compter de la 3^{ème} année, le montant de la revalorisation annuelle des taux de cotisations ne pourra excéder 10% d'augmentation, hors évolutions réglementaires et fiscales et hors évolution du PMSS.

		Prestations ⁽¹⁾		
		Régime 1	Régime 2	Régime 3
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	125% de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	105% de la BR	130 % de la BR	180 % de la BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	125% de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	105% de la BR	130 % de la BR	180 % de la BR
	Actes techniques médicaux OPTAM	120% de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% de la BR	130 % de la BR	180 % de la BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100% de la BR	125 % de la BR	200 % de la BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100% de la BR	105 % de la BR	180 % de la BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100% de la BR	125 % de la BR	150 % de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100% de la BR	125 % de la BR	150 % de la BR
Médicaments (pharmacie prescrite et prise en charge)		100% de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Transport		100% de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)				
Soins et frais de séjour hospitaliers		100% de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM CO		125% de la BR	200 % de la BR	300 % de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / NON OPTAM CO		105% de la BR	180 % de la BR	200 % de la BR
Forfait hospitalier journalier et psychiatrie, forfait actes lourds, forfait patientèle urgence		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière avec nuitée (par jour, et sans limite)		30 €	60 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour, et sans limite)		10 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnement enfant de - 16 ans (par jour, et sans limite)		20 €	30 €	40 €
Forfait actes lourds (> 120 €), forfait patient urgences		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait maternité (par enfant)		100 €	200 €	300 €

DENTAIRE (2)

Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF. Y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	250 % de la BR	350 % de la BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES (y compris Inlay - Onlay)	150 % de la BR	300 % de la BR	400 % de la BR
Soins hors « 100 % santé »	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse) **	100 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150 % de la BR	400 % de la BR	550 % de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	120 €	300 €	400 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	60 €	200 €	300 €
Implants (par an)	100 €	600 €	900 €

AUDIOLOGIE

Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement auditif hors « 100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille)	100 % de la BR + 100 €	100 % de la BR + 400 €	100 % de la BR + 600 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire		
Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR

OPTIQUE

Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES ; remboursement par équipement (dont remboursement de la monture limité à 100 €)			
Monture + 2 verres simples	150 €	250 €	350 €
Monture + 2 verres complexes	300 €	400 €	500 €
Monture + 2 verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Périodicité (monture et verres)	1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfants selon âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)	100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	100 €	300 €	400 €

AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale acceptée : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport ⁽³⁾ (par an)	100 % de la BR + 50 €	100 % de la BR + 200 €	100 % de la BR + 300 €
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, naturopathe, mésothérapeute, micro-kinésithérapie, réflexologie, diététique, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, psychologue) ⁽⁴⁾ (par an)	50 €	125 €	150 €
Vaccins antigrippal, vaccins pris en charge par la sécurité sociale, contraception sur prescription médicale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Petit appareillage, pansements, accessoires	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Orthopédie	100 % de la BR + 100 €	100 % de la BR + 300 €	100 % de la BR + 400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	100 % de la BR + 100 €	100 % de la BR + 300 €	100 % de la BR + 400 €
Grand appareillage	100 % de la BR + 100 €	100 % de la BR + 300 €	100 % de la BR + 400 €
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	0 €	20 €	100 €
Automédication (par an)	0 €	20 €	30 €
Sevrage tabagique remboursé ou non par la Sécurité sociale (par an)	120 €	150 €	150 €
Actes de prévention (selon la liste définie)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Assistance	Oui	OUI	OUI

** S'agissant des prothèses dentaires non remboursées, WTW / INTERIAL limitera les remboursements à deux prothèses par an et par bénéficiaire.

⁽¹⁾ Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et **incluent** le montant remboursé par la Sécurité sociale.

⁽²⁾ Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.

⁽³⁾ Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

⁽⁴⁾ Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée – FR : Frais Réels – TM : Ticket Modérateur – OPTAM/ OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgie et Obstétrique - PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation.

* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale. La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

Pour adhérer :

- 1 - Retourner l'intention d'adhésion à votre Centre de Gestion.
- 2 - Solliciter l'avis du CST.
- 3 - Délibérer avant le 30 novembre 2024.

VOS CONTACTS AU CDG06

Laure MAILHO NAPIERALA  04 92 27 34 52

Gaëlle PROVOST  04 92 27 34 45

 psc@cdg06.fr

