



**MINISTÈRE
CHARGÉ
DES TRANSPORTS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



direction
générale
de l'Aviation
civile

Accord relatif à la protection sociale complémentaire



Accord relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au sein de la Direction générale de l'Aviation civile (DGAC)

Entre :

La DGAC, signataire *in fine*

Et :

Les organisations syndicales représentatives, signataires *in fine*

En application des dispositions du décret n° 2021-904 du 7 juillet 2021 relatif aux modalités de la négociation et de la conclusion des accords collectifs dans la fonction publique, les parties conviennent de définir les modalités de la protection sociale complémentaire **en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident** au sein de la Direction générale de l'Aviation civile (DGAC).

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
ARTICLE 1^{ER} : OBJET	4
ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD	4
ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES	5
ARTICLE 4 : GARANTIES	8
ARTICLE 5 : COTISATIONS.....	9
ARTICLE 6 : SELECTION DES CONTRATS COLLECTIFS EN SANTE.....	12
ARTICLE 7 : INFORMATION INDIVIDUELLE.....	13
ARTICLE 8 : COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI	13
ARTICLE 9 : ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ACCORD COLLECTIF	14
ARTICLE 10 : REVISION ET DENONCIATION DE L'ACCORD COLLECTIF	14
ANNEXE 1 : TABLEAU GARANTIES OPTIONNELLES	16
ANNEXE 2 : GRILLE DES COTISATIONS DES RETRAITES	20

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 et L. 827-2 ; L827-1
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 1er ;
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 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 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'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.

PREAMBULE

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

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

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette adhésion obligatoire permet aux agents de bénéficier de tarifs collectifs plus favorables et de garanties santé plus couvrantes dans le cadre d'un contrat mutualisé.

Ce régime succédera au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat.

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 de réseau de la DGAC 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.

Le présent accord collectif s'inscrit dans le cadre du périmètre défini par la fiche de méthode validée lors de la réunion du 26 mai 2023 (fiche de méthode annexée au présent accord entre les organisations syndicales représentatives et la DGAC).

ARTICLE 1^{ER} : OBJET

Le présent accord a pour objet, d'une part de décliner les dispositions de l'accord interministériel du 26 février 2022 sur le volet santé, et d'autre part de préciser les modalités de fonctionnement d'adhésion des agents au contrat collectif d'assurance qui sera souscrit par l'Employeur 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.

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.

ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Entrent dans le champ d'application du présent accord collectif les agents employés et rémunérés de la Direction générale de l'Aviation civile (DGAC), de l'Ecole nationale de l'Aviation civile (ENAC) et du Bureau d'enquêtes et d'analyses pour la sécurité de l'aviation civile (BEA) affectés en métropole et dans les territoires ou les départements ultra-marins soumis au régime de Sécurité Sociale.

Les parties conviennent que le présent accord sera applicable dès son entrée en vigueur.

Le volet prévoyance de la PSC, correspondant aux risques résultant de l'incapacité de travail, de l'inaptitude, de l'invalidité et du décès de l'agent, fait l'objet d'un accord interministériel signé par une majorité d'organisations

syndicales représentatives le 20 octobre dernier. Cet accord fera l'objet d'une déclinaison au sein de la DGAC. Une attention particulière sera portée dans ce cadre en matière de prévoyance à ce qu'il n'existe pas de rupture de couverture pour les agents ayant souscrit au référencement en cours avec la Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS).

Ainsi afin de permettre que les garanties santé et prévoyance prennent effet temporellement en même temps, après accord avec la MGAS, il sera fait usage de la possibilité introduite par l'article 196-III-1^o-b) de la loi n°2023-1322 de finances pour 2024 de prolonger d'une année l'actuel référencement. Ainsi les nouveaux contrats santé et prévoyance entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026.

ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

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 l'une des entités mentionnées à l'article 2 du présent accord.

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^o 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.

Les bénéficiaires actifs affectés à l'étranger ou dans les territoires français d'outre-mer non soumis au régime de sécurité sociale seront traités selon les règles définies en interministériel.

Pour les premiers, ces travaux ont abouti à la décision d'application du panier de soin « personnels affectés à l'étranger » des agents du ministère de l'Europe et des affaires étrangères à l'ensemble des agents publics actifs affectés à l'étranger. Ce panier de soin fait l'objet de l'annexe 3 au présent accord et sera décliné au sein des services de la DGAC, de l'ENAC et du BEA pour les seuls agents actifs. Ce panier donnera lieu à contrat distinct du panier « France ». Le

panier « étranger » fera l'objet d'une tarification tenant compte de la nature des risques couverts à l'étranger et l'employeur prendra en charge 50% des coûts de panier ainsi définis pour ses personnels actifs. La tarification proposée devra intégrer les plafonnements de cotisation prévus par les textes réglementaires pour les ayants droits des agents actifs. Eu égard au faible nombre d'agents couverts, le dispositif étranger sera piloté indépendamment du dispositif de panier de soins instauré selon les règles du décret 2022-633 du 22 avril 2022, qui ne lui sont pas applicables. Le dispositif de suivi par la CPPS sera identique à celui du panier France.

Pour les seconds, les discussions encore en cours pourraient aboutir à la détermination d'une participation forfaitaire pour les agents souscrivant une protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident à titre individuel sous réserve de l'adoption d'une disposition législative.

3.2 Bénéficiaires à titre facultatif

Les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent accord.

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.

Seront 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-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - 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^o 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 (sur présentation de justificatifs)

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents répondant aux situations mentionnées ci-après, peuvent être dispensés d'adhésion conformément à l'article 3 du décret du 22 avril 2022 :

- o Les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- o 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 ;
- o Les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
- o 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.

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 : GARANTIES

4.1 Garantie de base

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, 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.

4.2 Garantie (s) optionnelle (s)

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des agents, de leurs ayants droit ou des bénéficiaires retraités, des garanties optionnelles pourront être souscrites par ces derniers.

L'agent, l'ayant droit ou le bénéficiaire retraité aura la possibilité de changer de formule, selon les modalités définies par le contrat, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante dans la limite d'un changement par an.

Le choix d'une option par l'agent ou le bénéficiaire retraité emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit à cette même option.

Le tableau de garanties des options figure à l'annexe 1 du présent accord collectif. Les taux et montants de remboursement des garanties peuvent 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 objet du présent accord, sur lequel elle émettra un avis. La commission se réunit annuellement à cet effet.

4.3 Maintien des garanties

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son Employeur, les garanties sont maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois.

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

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

4.4 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 du périmètre des services concernés.

4.5 Accompagnement social

Conformément à l'article 27 du décret du 22 avril 2022, des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif seront proposées par l'organisme assureur, avec une attribution en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution du fonds social seront déterminées par la CPPS.

4.6 Fonds d'aide aux retraités

L'article 24 du décret du 22 avril 2022 prévoit la mise en place d'un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

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

Le barème et les conditions d'attribution seront revus chaque année. Les bénéficiaires devront à cet effet produire chaque année un justificatif de leur qualité de bénéficiaire.

ARTICLE 5 : COTISATIONS

5.1 Cotisations à la garantie de base

5.1.1 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.

5.1.2 Cotisations additionnelles

Des taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités ainsi qu'un fonds social ont été négociés. Ces taux s'élèvent respectivement à 2% et

0,5%. Ces taux sont susceptibles d'évoluer sur proposition majoritaire de la CPPS et pourront faire l'objet d'un avenant au présent accord.

5.1.3 Cotisations des agents actifs

En application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, le financement de la cotisation d'équilibre 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.

Les cotisations des agents actifs ne varient pas en fonction de l'âge.

5.1.4 Cotisations des retraités

Les cotisations des retraités seront fixées dans le contrat collectif. Ces cotisations sont limitées à 175% de la cotisation d'équilibre.

- L'article 17 du décret du 22 avril 2022 prévoit que les cotisations des bénéficiaires retraités sont fixées de manière à financer le recours effectif de ceux-ci aux garanties couvertes par le contrat. Il précise que les cotisations des retraités peuvent évoluer en fonction de l'âge.
- De plus, l'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des cinq années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité (stock et flux), 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 année, à 150 %.
- Par conséquent, lors de la sélection du prestataire, il lui sera demandé d'appliquer une évolution graduelle des cotisations liée d'une part à l'âge du bénéficiaire, qui induit un niveau moyen de recours aux garanties, et d'autre part au nombre d'années le séparant de son départ en retraite, conforme à l'annexe 2, sous réserve que ces niveaux de cotisations permettent le respect des dispositions prévues aux articles 17, 22 et 23 du 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.

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

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

5.1.5 Cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants à charge des bénéficiaires actifs et retraités

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités, à charge au sens de l'article 3.2 du présent accord, seront fixées dans le contrat collectif :

- dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans et 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 ;
- à 50% de la cotisation d'équilibre 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.

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités ne varient pas en fonction de l'âge

5.1.6 Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs seront fixées dans le contrat collectif dans la limite de 110% de la cotisation d'équilibre.

Les cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs ne varient pas en fonction de l'âge.

5.1.7 Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires retraités

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités ne seront pas fixées par référence à la cotisation d'équilibre.

5.2 Cotisations aux garanties optionnelles

Lorsque l'agent ou le bénéficiaire retraité choisit d'adhérer à l'une des garanties optionnelles, il doit s'acquitter de la cotisation correspondant aux bénéficiaires du régime de base (i.e. l'agent ou le bénéficiaire retraité et ses éventuels ayants

droit). A cet effet, cette souscription, facultative, donnera lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre de la garantie du panier de soins interministériel.

L'employeur prend part au financement des garanties optionnelles de chaque agent actif uniquement 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.

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.

5.3 Evolution tarifaire

Les montants de cotisations définis dans le contrat pourront faire l'objet d'une révision chaque année en fonction des résultats dudit contrat.

Dans le cas où un projet de nouvelle tarification serait établi par l'Assureur, elle sera notifiée à l'Employeur et évaluée par la commission paritaire de pilotage et suivi (CPPS).

ARTICLE 6 : SELECTION DES CONTRATS COLLECTIFS EN SANTE

L'Employeur met en œuvre une procédure de mise en concurrence en application du code de la commande publique. Le contrat collectif sera sélectionné par l'Employeur, pour une durée maximale de six ans, sur la base d'un cahier des charges mentionnant a minima les critères suivants :

- critères de sélection liés aux candidats :
 - o les garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par les candidats ;
- critères de sélection liés aux contrats ;
 - o le rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé ;
 - o la maîtrise financière des contrats ;
 - o la qualité de gestion des contrats et des services ;
 - o la diversité et la qualité des actions de prévention conduites en direction des bénéficiaires des contrats.

L'Employeur peut 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 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.

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 7 : INFORMATION INDIVIDUELLE

Le présent accord sera porté à la connaissance des agents via les canaux de communication internes (Intranet...) et des retraités via l'utilisation des données du fichier de suivi mis à jour par la DGAC.

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 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.

ARTICLE 8 : COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE ET DE SUIVI

Une commission paritaire de pilotage et de suivi de l'accord sera constituée, conformément à l'article 28 du décret du 22 avril 2022. Cette commission a pour mission de suivre l'application de cet accord par l'employeur et du contrat collectif sur le périmètre concerné. Elle est saisie des demandes d'évolution de l'accord.

Dans le respect des règles déontologiques et de prévention des conflits d'intérêts, elle est composée paritairement de représentants de l'employeur et de représentants des organisations syndicales représentatives des personnels élus au CSA de réseau de la DGAC.

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

Un rapport sur la mise en œuvre de la protection sociale complémentaire 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. La commission réalise également une évaluation périodique du coût des solidarités à l'égard des retraités. Si la commission constate un déséquilibre, elle propose les moyens d'y remédier, y compris par voie de renégociation de l'accord.

ARTICLE 9: ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE 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 entre en vigueur à compter du lendemain de cette publication

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

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.

ARTICLE 10: REVISION ET DENONCIATION 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.

Le présent accord pourra être modifié par avenant conclu selon les mêmes conditions. La révision intervient à l'initiative de l'Employeur ou des organisations syndicales représentatives du CSA de réseau de la DGAC ayant recueilli au moins 50 % des suffrages exprimés :

- lors des élections professionnelles précédant la date de signature de l'accord initial, si la modification intervient dans le même cycle électoral ;
- lors des élections professionnelles précédant la révision lorsque celle-ci intervient au cours d'un autre cycle électoral que celui au cours duquel l'accord initial a été signé.

Lorsque la révision est à l'initiative de l'Employeur, celui-ci doit se conformer au même formalisme que celui requis lors de la mise en place de l'accord initial :

- établir une fiche de méthode ou un mandat de négociation ;
- préparer un document de travail présentant les enjeux de la négociation et toute information utile aux organisations syndicales pour négocier en toute connaissance de cause ;
- soumettre aux organisations syndicales un avant-projet du texte de l'accord ;
- organiser des réunions bilatérales ;
- proposer un calendrier des négociations.

Lorsque la révision est à l'initiative des organisations syndicales :

- elles formulent une demande écrite d'ouverture d'une négociation ;

- l'Employeur accuse réception sous 15 jours ;
- l'Employeur invite par écrit les organisations syndicales représentatives à une réunion destinée à définir si les conditions d'ouverture d'une négociation sont réunies ;
- la réunion se tient dans un délai de deux mois à compter de la date d'accusé de réception ;
- dans un délai de 15 jours après la réunion, l'Employeur notifie par écrit aux organisations syndicales représentatives la suite qu'elle donne à leur demande.

L'Employeur ou plusieurs organisations syndicales signataires peuvent également dénoncer partiellement ou totalement l'accord lorsque ses clauses ne peuvent plus être appliquées. Dans ce cas la dénonciation intervient à la suite d'un préavis d'une durée d'un mois.

ANNEXE 1 : TABLEAU GARANTIES OPTIONNELLES

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

Poste de soins	Remboursement	Options	
		Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Honoraires			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	180%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	150%	200%
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU)	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	60 € / nuit	70 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	60 € / nuit	70 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	60 € / nuit	70 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	35 € / jour	45 € / jour
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	45 € / nuit	55 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	35 € / nuit	45 € / nuit
Prestation de séjour hospitalier			
Prestation de séjour hospitalier		10 € / jour	10 € / jour
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Consultations / Visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	130%	180%
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	170%	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	150%	200%
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	170%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	150%	180%
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130%	170%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	180%
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	130%	150%
Masseurs-kinésithérapeutes	130%	130%	150%
Analyses et examens de laboratoire			

Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%
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	80 € / an	100 € / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200%	200%	250%
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100%	100%	100%
Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé (2)			
Soins et prothèses 100 % Santé	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 Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375%	375%	400%
Prothèses amovibles	375%	375%	400%
Prothèses provisoires	375%	375%	400%
Inlay Core	375%	375%	400%
Inlays onlays d'obturation	150%	300%	400%
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 %	300%	400%
	Dent non visible : 250 %	300%	400%
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 %	300%	400%
	Dent non visible : 250 %	300%	400%
Prothèses provisoires	300%	300%	400%
Inlay Core	200%	300%	400%
Inlays onlays d'obturation	150%	250%	400%
Implantologie			
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)	500 € / 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%	400%
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	450 € / semestre	500 € / semestre

Parodontologie			
Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale)		100 € / an	400 € / an
Aides auditives			
Equipements 100 % Santé			
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	800 €	900 €	1 100 €
Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Frais d'entretien et réparation			
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100%	100% + 40 € / an	100% + 60 € / an
Optique			
Equipements 100 % Santé			
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	70 €	100 €
Verres	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	125 € / an	200 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	500 € / an	600 € / an
Grille optique (remboursement par verre)			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60 €	80€	100 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	110 €	150 €	200 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60 €	80€	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60 €	80€	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	110 €	150 €	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	110 €	150 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	110 €	150 €	200 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	150 €	175€	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	200 €	275 €	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	150 €	175€	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	150 €	175€	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	200 €	275 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	200 €	275 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	200 €	275 €	350 €
Autres postes			

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100%	100% + 75 € / an	100% + 150 € / an
Allocation naissance / adoption			
Allocation naissance / adoption		150 €	300 €
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	5 séances / an (limite 40 € / séance)
Diététicien		3 séances / an (limite 20 € / séance)	3 séances / an (limite 20 € / séance)
Psychologue			
Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité sociale dans la limite de 8 séances par an	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes	40 € pour la 1ère séance 30 € pour les 7 séances restantes
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	6 séances / an (limite 30 € / séance)	12 séances / an (limite 30 € / séance)
Accompagnement psychologique et psychothérapeutique			
Accompagnement psychologique et psychothérapeutique (sur prescription médicale)		4 séances / an (limite 60 € / séance)	4 séances / an (limite 60 € / séance)
Actes refusés par la sécurité Sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	100 € / an	120 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Vaccin contre la grippe		Frais réels	Frais réels
Aide à la reprise du sport après une ALD		50 € par an	50 € par 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%

Le cahier des charges de l'appel d'offres inclura l'obligation pour le prestataire de proposer une option facultative à destination des agents affectés dans les départements d'outre-mer, en Polynésie française et en Corse visant à leur permettre de bénéficier d'un service d'assistance couvrant le rapatriement sanitaire.

ANNEXE 2 : GRILLE DES COTISATIONS DES RETRAITES

L'évolution graduelle des cotisations est liée d'une part à l'âge du bénéficiaire et d'autre part au nombre d'années le séparant de son départ en retraite. Il sera demandé lors de la sélection du prestataire d'appliquer ces niveaux de cotisations sous réserve que ceux-ci permettent le respect des dispositions prévues aux articles 17, 22 et 23 du 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.

	Nombre d'années depuis le départ en retraite					
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6 et +
< 59	= 100% pour les retraités < 59 ans indépendamment de leur âge de départ à la retraite					
59	= 100%	≤ 115%	≤ 115%	≤ 115%	≤ 115%	≤ 115%
60	= 100%	≤ 119%	≤ 119%	≤ 119%	≤ 119%	≤ 119%
61	= 100%	≤ 123%	≤ 123%	≤ 123%	≤ 123%	≤ 123%
62	= 100%	≤ 125%	≤ 126%	≤ 126%	≤ 126%	≤ 126%
63	= 100%	≤ 125%	≤ 130%	≤ 130%	≤ 130%	≤ 130%
64	= 100%	≤ 125%	≤ 134%	≤ 134%	≤ 134%	≤ 134%
65	= 100%	≤ 125%	≤ 138%	≤ 138%	≤ 138%	≤ 138%
66	= 100%	≤ 125%	≤ 141%	≤ 141%	≤ 141%	≤ 141%
67	= 100%	≤ 125%	≤ 145%	≤ 145%	≤ 145%	≤ 145%
68	= 100%	≤ 125%	≤ 149%	≤ 149%	≤ 149%	≤ 149%
69	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 153%
70	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 156%
71	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 160%
72	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 164%
73	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 168%
74	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 171%
75	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
76	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
77	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
78	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
79	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
80	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
81	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
82	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
83	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
84	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%
85	= 100%	≤ 125%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 150%	≤ 175%

Lecture (cellules surlignées en jaune) :

Pour un agent partant en retraite à 56 ans :

- Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1, l'année 2 et l'année 3,
- Sa cotisation sera plafonnée à 115 % de la cotisation d'équilibre l'année 4,
- Sa cotisation sera plafonnée à 119 % de la cotisation d'équilibre l'année 5,
- Sa cotisation sera plafonnée à 123 % de la cotisation d'équilibre l'année 6.

Pour un agent partant en retraite à 62 ans :

- Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1,
- Sa cotisation sera plafonnée à 134 % de la cotisation d'équilibre l'année 3,
- Sa cotisation sera plafonnée à 145 % de la cotisation d'équilibre l'année 6,
- Sa cotisation sera plafonnée à 160 % de la cotisation d'équilibre l'année 10,
- Sa cotisation sera plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre à partir de l'année 14.

Pour un agent partant en retraite à 65 ans :

- Sa cotisation sera fixée à 100 % de la cotisation d'équilibre l'année 1,
- Sa cotisation sera plafonnée à 125 % de la cotisation d'équilibre l'année 2,
- Sa cotisation sera plafonnée à 145 % de la cotisation d'équilibre l'année 3,
- Sa cotisation sera plafonnée à 156 % de la cotisation d'équilibre l'année 6.

ANNEXE 3 : PANIER « ETRANGER » DES BENEFICIAIRES ACTIFS AFFECTES A L'ETRANGER

	PANIER DE SOINS ETRANGER	
	Soins réalisés en France (panier de soins)	Soins réalisés à l'étranger (les remboursements étant plafonnés à 300.000 euros / an / bénéficiaire)
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MEDICAUX		
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 8 séances par an	1ère séance 40 € 1ère séance 40 € 30 € / séance	1ère séance 40 € - 30 € / séance (dans la limite de 8 séances sans notion de
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
CURES THERMALES		
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	100 % BRR
PHARMACIE		
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	90 % FR
Médicaments à service médical faible	100 % BR	90 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	100 € / an
Frais de transport		
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR	90 % FR
Matériel médical		
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	150% BRR
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé	Remboursement total de la dépense engagée	-
Soins dentaires	100 % BR	90 % FR
Prothèses (hors 100% Santé)		
Panier Maîtrisé		
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
Panier aux tarifs libres		
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
Implantologie		
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
Orthodontie		
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 euros / an / bénéficiaire)
OPTIQUE		
OPTIQUE		
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 €
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives		
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 €
HOSPITALISATION		
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	100 % BR	90 % FR
Honoraires médecin		
Conventionnés adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	150 % BR	90 % FR
Conventionnés non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO	130 % BR	90 % FR
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-
Forfait hospitalier		
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	100% FR	-
Forfait patient urgence (FPU)		
Forfait patient urgence (FPU)	100% FR	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)		
Court séjour et maternité	50 € / nuit	68 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	68 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour
Frais d'accompagnant		
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	38,50 € / nuit
AUTRES POSTES		
Médecines additionnelles et de prévention		
Médecine douce		
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances/ an)	30 € / séance	30 € / séance
Actes refusés par la Sécurité Sociale		
Vaccins, consultation diabétique, 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

Fait à Paris, le 27 FEV. 2024

Le Directeur général de l'aviation civile

Damien CAZE



Pour le SNCTA



Michel Coz Elleouet

Pour l'USAC-CGT



Gauthier STURTZER

Pour l'UNSA-Aviation civile



Christophe Merlin

Pour FEETS-FO



Pierre MEYBON

Pour le SPAC CFDT



Jean-Christophe SALUSTE



Direction générale de l'Aviation civile
50, rue Henry Farman
75720 Paris cedex 15
Téléphone : 01 58 09 43 21
www.ecologie.gouv.fr