

SPECIAL

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE



Santé
prévoyance

2ème semestre
2025

**Le Journal Finances Informations
n'est plus envoyé en version papier**

Pour ne pas rompre le fil de l'actualité fédérale,
merci de nous communiquer par message
sur **fo.finances@orange.fr**, l'adresse mail
sur laquelle vous souhaitez recevoir le Journal.

Tous les journaux Finances Informations
sont également en ligne
sur notre site internet : **financesfo.fr**

Et n'oubliez pas

Vous bénéficiez de 66 % de déduction fiscale
ou de crédit d'impôt sur le montant global
de votre cotisation syndicale.



**FÉDÉRATION
DES FINANCES**

Sommaire

Un peu d'histoire	2
Le second référencement 2016-2018	3
La négociation Fonction publique	4
La négociation ministérielle	5
La procédure d'appel d'offres	6
Résultat du marché public	7
Et si nous n'avions pas signé	8
Agents couverts	9
Cas de dispenses	10
Cotisation des actifs	11
Les ayants droit	12
Les retraités	13
Les ayants droit des retraités	15
Les garanties optionnelles	16
Tableau des garanties en santé	18
La Prévoyance	26
La CPPS	30

F.O. - FINANCES INFORMATION

FINANCES-INFORMATIONS
Publication de la Fédération des Finances-FO

Notre site internet : www.financesfo.fr
adresse e-mail : fo.finances@orange.fr

Administration et Rédaction :
46, rue des Petites-Écuries 75010 Paris
Tél. : 01 42 46 75 20

Directrice de la publication : Pascaline Kerhoas

Crédit photos : Fédération des Finances

Conception : Fédération des Finances

Travail exécuté par des ouvriers syndiqués

Editio

L'Etat-employeur plonge toujours plus ses agents dans l'insécurité sociale !

À l'heure où est rédigé cet éditorial, le projet de Loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) vient d'être adopté.

En revanche, le projet de Loi de Finances 2026 piétine toujours dans les couloirs parlementaires, et qui sait même s'il sera voté un jour ? Dans l'attente, la loi de finances spéciale a été adoptée ce 23 décembre.

En toute objectivité, et sans pour autant s'en satisfaire, le PLFSS présente une copie finale largement édulcorée du brouillon gouvernemental. Pourra-t-on en dire autant du budget 2026 ? Rien n'est moins sûr, notamment pour les agents publics.

D'ores et déjà, sont actés le gel du point d'indice, la non reconduction de la GIPA, le maintien de la diminution de 10% des indemnités maladie. Sont également annoncés, l'absence de mesures catégorielles et le retour d'un quota de non remplacement d'agents partant à la retraite.

A Bercy, l'administration, ce dernier trimestre, a tiré à boulets rouges sur les prestations d'action sociale. Baisse drastique des subventions aux opérateurs, révision générale des prestations pour en diminuer les montants, voire en supprimer, baisse de la subvention repas, réduction des durées et augmentation du coût des séjours pour les vacances-enfants. Nouveau refus d'augmentation du titre restaurant, sauf à en assurer le financement par la suppression d'autres prestations.

Au 1er janvier, entrera en vigueur la réforme de la protection sociale complémentaire, qui fait l'objet de ce journal fédéral. L'histoire de nos syndicats et de nos mutuelles est étroitement liée. La représentation syndicale au sein des directions et des mutuelles garantissait aux agents une véritable prise en compte de leurs attentes sociales à tous niveaux. En ayant délibérément fait le choix d'un opérateur mercantile, l'administration a porté un coup au dialogue social et sans doute prochainement au portefeuille des agents !

L'année 2026 sera également marquée par les élections professionnelles, en décembre. Le scrutin du CSAM est primordial puisqu'il fixe pour 4 ans la représentativité des organisations syndicales.

À n'en pas douter, l'année 2026 nécessitera de nouveau un engagement sans faille de vos représentants syndicaux mais aussi une mobilisation massive des personnels, sans quoi rien n'est possible !

À Force ouvrière, nous sommes prêts !

En attendant, le secrétariat fédéral et moi même vous souhaitons donc une bonne année revendicative !



La Secrétaire Générale

Pascaline KERHOAS

Un peu d'histoire

✓ C'est à la fin du 19ème, qu'apparaissent les premières caisses de secours, prémices des futures mutuelles. A la Douane d'abord, puis en 1927 naît la caisse de secours et de mutualité des comptables directs et agents du trésor. Après guerres, les mutuelles se développent et chaque direction est dotée d'une mutuelle distincte. Ces mutuelles sont quasi intégrées au service administratif, avec une mise à disposition d'agents et de locaux. En revanche, aucune participation de l'Etat employeur n'est versée aux agents.

✓ En 2002, face aux distorsions de droits sociaux croissantes entre actifs du privé et du public, la Mutualité de la Fonction Publique (MFP) demande une révision des conditions de participation de l'État au financement de la protection complémentaire de ses agents. La charte des droits sociaux complémentaires est signée par la MFP et cinq Organisations syndicales (OS) de la Fonction Publique (FO, CGT, CFDT, UNSA et FSU) en 2003.

✓ En 2005, La Commission européenne (CE) remet en cause les modalités de participation de l'État français en direction des mutuelles de fonctionnaires. Elle enjoint la France de mettre un terme au système d'aide existant ou d'ouvrir le marché à tous les opérateurs complémentaires santé.

✓ En 2006, abrogation de l'arrêté Chazelle de 1962 qui encadrait le versement de subventions aux mutuelles de fonctionnaires, jugé incompatible avec le principe de libre concurrence. Les mutuelles sortent alors progressivement du champ administratif. Les personnels mis à disposition sont désormais à charge des mutuelles.

✓ En 2007, la loi de modernisation de la Fonction publique permet la participation de l'employeur public au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents en contrepartie de solidarités effectives intergénérationnelles, familiales et contributives. Afin de s'adapter à cette évolution, la plupart des mutuelles directionnelles du ministère décident de créer la MGEFI pour candidater avec succès au premier référencement.

✓ En 2016, publication de la circulaire de cadrage de la procédure du second référencement ministériel des organismes de protection sociale complémentaire et nouveau succès pour la MGEFI.

✓ En 2019, perte de la gestion du régime obligatoire par MFP Services (mutualité de la fonction publique services), ce qui représentait un avantage pour attirer des adhérents sur les contrats complémentaires dans le périmètre ministériel des mutuelles adhérentes, dont la MGEFI.



Le second référencement 2016-2018

Le 27 juin 2016 est publiée la circulaire de cadrage de la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire. Commence alors la seconde phase des référencements ministériels en santé et en prévoyance au sein de la Fonction publique d'État. L'État peut financer des organismes complémentaires couvrant à la fois la santé et la prévoyance, référencés tous les 7 ans après appel public à concurrence. Ce dispositif de participation de l'État et des collectivités territoriales à la protection sociale complémentaire de leurs agents a pris la suite de subventions aux mutuelles de fonctionnaires. C'est déjà une première ouverture aux opérateurs privés.

Entre multi-référencement et perte de la garantie dépendance en inclusion des contrats, les agents de l'État subissent de plein fouet les changements d'orientation et les nouveaux arbitrages gouvernementaux.

En février 2018, le Secrétaire d'Etat Olivier Dussopt confie aux trois inspections générales, IGF, IGA et IGAS une mission d'évaluation de la protection sociale complémentaire des agents publics, pour établir un bilan des garanties en santé et en prévoyance des agents dans les trois versants de la Fonction publique.



La négociation Fonction Publique

En 2021, la ministre de la Transformation et de la Fonction Publiques a donc lancé le chantier de la protection sociale complémentaire dans la Fonction publique. Sa volonté était, à l'instar du secteur privé, de mettre en place une participation financière de l'employeur public pour la prise en charge d'une complémentaire santé.

L'accord sur la Protection Sociale complémentaire (PSC) n'échappe pas à la nouvelle règle de l'accord majoritaire. Mais à la différence d'autres négociations ou l'absence d'accord majoritaire entraîne la fin pure et simple d'une discussion sur un thème donné, celle sur la PSC était d'une autre nature.

Dès le départ, la ministre de la Transformation et de la Fonction publiques avait clairement indiqué qu'en cas d'absence d'accord majoritaire, elle appliquerait le panier de soins du code de la sécurité sociale (issu de l'Accord National Interprofessionnel du privé), sans solidarité intergénérationnelle.

En résumé, cela signifiait un panier de soins à minima qui aurait obligé à une surcomplémentaire et pour les retraités, des cotisations excessivement chères.

FO Fonction publique s'est engagée dans cette négociation et a longuement porté ses revendications dont la majorité a abouti. Soucieux de la liberté du choix des agents, la contrepartie de l'obligation d'un contrat groupe collectif n'était pas l'option souhaitée par **FO**, mais la PSC est un sujet majeur, sur lequel notre organisation a su démontrer son sens des responsabilités. Le Bureau fédéral du 21 janvier 2022 a donné mandat de signer cet accord.

Pour rappel, celui-ci a servi de base aux futures négociations ministérielles. Ces négociations ministérielles ont bénéficié du principe de faveur, à savoir que l'accord ministériel ne peut qu'améliorer l'accord interministériel. En cas d'absence d'accord majoritaire dans un ministère, c'est l'accord interministériel qui s'applique de droit.



FONCTION PUBLIQUE



Dernière minute décembre 2025

FO Fonction publique a décidé de retirer officiellement sa signature de l'accord fonction publique concernant la PSC en matière de santé pour les fonctionnaires et contractuels de la Fonction publique de l'Etat. Cet accord devait à la fois améliorer le pouvoir d'achat, soutenir les solidarités familiale et intergénérationnelle et engager un couplage de la prévoyance. Ces objectifs ne sont pas atteints avec une attaque contre le système mutualiste à but non lucratif, partenaire historique des ministères.

FO Fonction publique revendique une amélioration générale de la PSC Santé et une nouvelle négociation pour les agents publics et leurs ayants droits, ce qui implique de revoir en profondeur l'accord actuel.

A noter que ce retrait n'affecte pas la validité des accords signés qui restent applicables à tous les niveaux.

La négociation ministérielle

FO Finances s'est engagée dans cette négociation sur la PSC, afin d'obtenir des avancées concrètes pour les agents et améliorer un dispositif « fonction publique » bien peu généreux et empreint de contraintes.

Notre travail a permis de faire progresser les points suivants :

- Les modalités de cotisations et de solidarité envers les enfants,
- Les options ouvertes, leurs modalités et la participation de l'employeur,
- Les critères de sélection de l'opérateur et la pondération des critères,
- Le fonds d'aide aux bénéficiaires retraités financé par un taux de cotisation additionnelle de 2%,
- Les prestations d'accompagnement social avec un taux de cotisation additionnelle à 3% permettant leur maintien,
- Les actions de prévention en présentiel et sur l'ensemble du territoire,
- Le couplage obligatoire santé/prévoyance pour les actifs.

Après treize séances de véritables négociations, le bureau fédéral a donc unanimement validé la signature de cet accord, pour une mise en œuvre au 1er janvier 2026.

Dans la foulée, via la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), l'ensemble des fédérations, dont **FO Finances** a travaillé sur les critères et leur pondération du futur appel d'offre. Les fédérations ont fait le choix de limiter les critères financiers afin de privilégier la qualité de gestion et de service offert aux agents du ministère : plateforme et application mobile, centre d'appel téléphonique, permanences physiques, assistance, réseau de soins, actions de prévention en présentiel et territoriales...



La procédure d'appel d'offres

Les fédérations ont été écartées de la procédure de marché public, contrairement au dispositif précédent de référencement.

Le dossier d'appel d'offres, avec une phase de candidature et une de négociation, a été publié en septembre 2024. Après l'analyse des candidatures en février 2025, les négociations se sont déroulées d'avril à mai 2025.

La CPPS a été convoquée le 22 mai 2025 pour émettre un avis consultatif sur le rapport d'analyse des offres.

Les fédérations ont rapidement déchanté à la lecture du document remis en séance, puisque l'opérateur retenu pour la santé est la start-up ALAN.

Les fédérations ont voté à l'unanimité contre ce choix d'un néo-assureur privé, loin de nos valeurs mutualistes et de solidarité.

ALAN a été créée en 2016. Depuis, elle a levé plus de 400M€ auprès d'investisseurs, comme Index Ventures, Temasek, Coatue et Ontario Teachers Pension Plan, pour atteindre 296 M€ de capitaux propres en 2024.

Cette start-up a été la première entreprise en 30 ans à recevoir l'agrément de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), pour exercer comme assureur.

ALAN est installée en France, en Espagne et en Belgique. Le groupe place l'intelligence artificielle au cœur de sa stratégie pour accroître l'automatisation des processus clés tels que la gestion des devis, le service client ou la détection des fraudes.

ALAN affiche des pertes depuis sa création, la perte enregistrée en 2024 s'élève à -34 M€. Mais Alan a aussi significativement renforcé ses capitaux propres grâce à une levée de fonds de 143 M€ menée par Belfius, troisième bancassureur belge.

ALAN dispose donc d'un montant de capital de 294 M€, soit 4,6 fois la norme requise par le régulateur. En outre, ce capital est maintenu en majorité sur des comptes de dépôt, sans risque. Il aurait donc été illégal de l'écarter de l'appel d'offres sur ce critère... à notre grand regret.

Au cours de l'exercice 2024, le portefeuille d'assurés couverts par Alan a connu une expansion notable de 39 %, pour atteindre 686 000 assurés. Cette croissance a été principalement tirée par l'acquisition de nouveaux contrats dans le segment des grandes et très grandes entreprises.

Au-delà du secteur privé, ALAN a remporté les appels d'offres du Ministère de la Transition Ecologique et de la Cohésion des Territoires ainsi que des Services du Premier Ministre pour la couverture complémentaire santé de leurs agents à compter de 2025.



Le résultat du marché public

FO Finances dénonce la décision de l'administration de sélectionner ALAN pour assurer la PSC des agents de Bercy. Cette start-up est à l'opposé de nos valeurs mutualistes mais aussi syndicales d'entraide et de solidarité.

Pour **FO Finances**, le choix d'un opérateur commercial, assureur « privé » à la recherche de profits, basé sur le numérique et la dématérialisation, est la conséquence de la décision politique d'Amélie de Montchalin d'imposer dans la Fonction Publique des contrats collectifs obligatoires et un marché public.

Ce choix conduira forcément à une perte de la proximité, du service et du conseil aux agents. Nos moyens d'action sont limités puisque la contestation de l'appel d'offres ne peut qu'émaner d'un candidat écarté. La MGEFI a d'ailleurs déposé un recours contre cette désignation.

Pour **FO Finances**, l'accord ministériel signé en juin 2024 par l'ensemble des fédérations reste un très bon accord, garant d'une PSC de qualité et surtout qui inclut un couplage obligatoire santé prévoyance. D'ailleurs, à ce jour, aucune fédération n'a retiré sa signature.

Sur ce point, le retrait de signature d'une fédération même s'il aboutissait à rendre un accord minoritaire, n'a aucun impact juridique sur le marché conclu, d'après l'analyse de la DGAFP et la jurisprudence actuelle.

Le marché prévoit une durée de contrat de 2 ans fermes, renouvelable jusqu'à 6 ans. **FO Finances** sera donc vigilant sur la stricte application des critères de ce marché. Nous demandons aux agents de faire remonter tous les manquements de l'opérateur choisi, afin de documenter et étayer une dénonciation du marché en cours.



FO Finances, avec le soutien de sa fédération Fonction Publique et de sa confédération, mettra tout en œuvre pour sauvegarder un modèle social historique et exemplaire qui a démontré toute sa pertinence depuis près d'un siècle, dans l'intérêt des agents publics.



Et si nous n'avions pas signé ...

FO Finances est bien consciente des impacts de l'instauration d'un contrat collectif obligatoire pour les agents du ministère.

Les négociations dans la Fonction Publique sont une procédure particulière. Sans accord et donc signature majoritaire, l'administration fait ce qu'elle veut et n'a aucune obligation de relancer une négociation.

Reprenons les différents niveaux de négociations :

- sans signature au niveau Fonction Publique, le gouvernement aurait quand même imposé un contrat collectif obligatoire de type accord national interprofessionnel du privé;
- après les négociations, les fédérations ont obtenu un panier de soin d'un bon niveau, la mise en place d'un contrat à destination des retraités sans questionnaire de santé, un fond d'aide pour les retraités et l'instauration d'un accompagnement social;
- sans accord aux MEF, l'administration aurait appliqué l'accord Fonction Publique;
- grâce à l'action des fédérations, qui se sont attachées à maintenir au mieux le niveau de couverture des agents des MEF, l'accord ministériel inclut un couplage obligatoire en santé et prévoyance, un accompagnement social important, avec un dispositif d'aide à la cotisation des enfants pour les agents disposant des plus bas revenus.

Pour **FO Finances**, l'accord ministériel signé en juin 2024 par l'ensemble des fédérations reste un très bon accord, garant d'une PSC de qualité et surtout qui inclut un couplage obligatoire santé prévoyance.

Pour rappel, le retrait de signature d'une fédération n'a aucun impact juridique sur le marché conclu, au vu des recours exercés dans d'autres ministères.

Alors oui, cet accord n'est pas parfait et certains agents voient leurs cotisations augmenter.

FO Finances n'a pas choisi le cadre juridique de cette négociation et l'a dénoncé à de nombreuses reprises.

Au moment de la signature, la fédération a sollicité l'avis de son bureau fédéral pour valider ou non cet accord. La décision de signer prend en compte l'ensemble des éléments précédents et en tout premier lieu le contexte ministériel antérieur. Le référencement couvrait 85% des agents avec un contrat incluant la santé, la prévoyance et la dépendance.

Le site FO Finances



Agents couverts par le contrat collectif obligatoire

Concernant la santé

Le dispositif couvrira l'ensemble des agents rémunérés par le Ministère de l'Economie et des Finances et de la Souveraineté Industrielle et Numérique (MEFSIN). C'est-à-dire l'ensemble des directions ministérielles, les services à compétence nationale, les services déconcentrés, dont les agents affectés dans les DDI, ainsi que les établissements publics relevant du comité social d'administration ministériel.

L'adhésion au régime mis en place est obligatoire et s'impose à tous les agents actifs du périmètre concerné, sauf dérogations listées page suivante.

Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires titulaires et stagiaires,
- des agents contractuels de droit public et ceux de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire),
- des apprentis,
- des ouvriers de l'Etat.

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 de maternité ou lié aux charges parentales ;

- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle.

FO Finances est intervenue pour dénoncer la situation des agents gérés par Bercy, mais rémunérés par un autre employeur, qui seront écartés de fait de la PSC négociée au sein des MEF. C'est le cas notamment des ingénieurs et techniciens supérieurs de l'économie et de l'industrie en poste dans d'autres ministères, notamment le MATTE.

Nous avons obtenu qu'un suivi particulier de ces agents soit mis en place, ce qui permettra d'avoir des arguments objectifs, pour demander leur intégration dans le dispositif.

Concernant la prévoyance

Le régime complémentaire obligatoire de couverture des risques prévoyance s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par les ministères financiers et les employeurs rattachés. Les agents actifs sont les fonctionnaires civils de l'Etat, les apprentis, les ouvriers d'Etat et les agents contractuels de droit public et les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les agents placés en position interruptive de rémunération par un employeur public, notamment en disponibilité ou en congé parental, le contrat est suspendu jusqu'au jour de leur réintégration s'agissant des garanties incapacité et invalidité.

S'agissant des garanties décès, il est suspendu ou reste en vigueur à la demande de l'agent.



Cas de dispenses

Par dérogation au caractère obligatoire, certains agents pourront demander une dispense d'adhésion :

- 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, 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
- Les agents bénéficiaires du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières
- Les agents bénéficiaires d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les agents concernés devront formuler leur demande auprès de l'opérateur, via leur espace adhérents. La démarche sera à renouveler chaque année.

Ils n'auront pas à fournir de justificatifs mais devront signer une attestation sur l'honneur.

L'administration se réserve le droit de vérifier le bien fondé des demandes de dispenses.

Pour éviter le chevauchement des contrats et les surcoûts, les agents doivent envoyer leur demande de résiliation à leur opérateur actuel dans les délais prévus, différents selon l'ancienneté du contrat.

Pensez à bien demander à rester couvert jusqu'au 31/12/2025 inclus dans votre demande de résiliation.

Pour les contrats souscrits il y a plus de 12 mois, la demande de résiliation se fait au moins un mois avant la date souhaitée. Donc pour une résiliation au 31/12/2025, au plus tard le 30/11/2025.

- Pour les contrats atteignant 12 mois d'existence précisément au 31/12/2025, la demande doit être envoyée au plus tard deux mois avant la date de fin souhaitée, donc avant le 31/10/2025.
- Pour les contrats qui n'auront pas encore atteint 12 mois d'existence au 01/01/2026. Ils ne sont en principe pas encore résiliables au lancement du contrat. Certains assureurs acceptent une résiliation avant les 12 mois d'ancienneté, à condition de leur fournir une attestation justifiant le caractère obligatoire du contrat collectif (attestation à demander aux RH). Si cela n'est pas possible, l'agent pourra demander une dispense d'adhésion. Il faudra ensuite résilier votre contrat individuel à son échéance annuelle, en envoyant la demande de résiliation à votre assureur avec un préavis de deux mois.



Cotisation des actifs

Le montant initial de la cotisation d'équilibre est fixé par l'organisme assureur avec lequel le contrat collectif est conclu. Il correspond au montant estimé des dépenses du panier de soins des bénéficiaires, il est donc révisé chaque année.

L'employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime, soit **pour 2026 : 34.90€/ mois**.

La cotisation de l'agent est composée ainsi :

- Une première part forfaitaire de 20% de la cotisation d'équilibre soit 13.96€/ mois ;
- Une seconde part individuelle variable en fonction de ses rémunérations mensuelles, limitée au plafond mensuel de la sécurité sociale (4005 € en 2026) ;
- Les cotisations additionnelles : 2% pour le fonds d'aide à destination des retraités et 3% pour les prestations d'accompagnement social ;
- Enfin les frais de gestion définis par l'opérateur et les taxes additionnelles.

Les agents de droit privé relevant du régime local Alsace Moselle bénéficient d'une minoration de leur cotisation.

Le site du ministère



Le site d' Alan pour les actifs



Les ayants droit

L'adhésion des ayants droit est facultative.

Les cotisations des bénéficiaires ayants droit, conjoints, partenaires de pacte civil de solidarité et concubins des bénéficiaires actifs, sont fixées de sorte de couvrir le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties prévues.

La cotisation des ayants droit ne peut pas dépasser 110% de la cotisation de référence des bénéficiaires actifs. En 2026, cette cotisation s'établira à 74.39€/ mois.

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

La gratuité est mise en place à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans.

Les cotisations des enfants de plus de 21 ans sont fixées à 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

Le montant de la cotisation mensuelle enfant est estimée pour 2026, à :

Régime Général :

- 36,43 € pour les enfants de moins de 21 ans
- 43,71 € pour les enfants de plus de 21 ans

Régime Local Alsace Moselle :

- 23,36 € pour les enfants de moins de 21 ans
- 30,21 € pour les enfants de plus de 21 ans

L'accord du 21 juin 2024 prévoit que 50% des crédits d'accompagnement social soient mobilisés pour la réduction des cotisations des enfants. Ce dispositif va permettre d'aider les agents aux rémunérations les plus faibles dont les enfants adhèrent au contrat. L'objectif est d'aider 30% des agents actifs.

A l'inscription, l'agent qui ajoute un ayant droit, devra indiquer sa tranche de rémunération. S'il entre dans les critères, il bénéficiera d'une remise automatique et mensuelle de la cotisation enfant. Ce dispositif simple vise à éviter le non-recours.

Le barème d'aide prévoit 3 tranches en fonction de la rémunération brute de l'agent.



Ce dispositif a vocation à évoluer puisqu'il est basé sur des estimations, concernant les crédits encaissés et le nombre d'ayants droit couverts.



FO Finances
conteste le calcul
sur la rémunération
brute et revendique
la prise en compte
du revenu fiscal, plus
équitable

Les retraités

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

Les bénéficiaires retraités ont le droit d'adhérer au même contrat collectif que les actifs, sans condition d'âge, ni questionnaire de santé.

La cotisation des retraités évolue en fonction de l'âge. Mais au-delà de l'âge de 75 ans, son montant restera limité à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

Les retraités devront également s'acquitter des cotisations additionnelles.

Au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du retraité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre acquittée par les bénéficiaires retraités est plafonné comme suit:

- première année, à 100 % ;
- deuxième année, à 125 % ;
- troisième à la cinquième année, à 150 %
- A partir de la sixième année, 175%.

Un simulateur est disponible sur le site ALAN dédié aux retraités.

[Le site d' Alan](#)
[pour les retraités](#) 



De plus, un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est créé. Son financement est exclusivement assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 2 % des cotisations hors taxe acquittées par tous les bénéficiaires.

La commission paritaire de pilotage et de suivi ministériel a déterminé un barème de prise en charge d'une partie des cotisations des retraités tenant compte des ressources de ces bénéficiaires.

L'objectif est d'aider les 30% de retraités ayant les pensions les plus faibles.



Le premier barème était fixé sur la pension brute mensuelle. **FO Finances** a obtenu que soit pris en compte le revenu fiscal de référence (RFR).

Seule la 1ère page de l'avis d'imposition sera demandée chaque année, avec le RFR et le nombre de parts fiscales. Le détail des revenus ne sera pas nécessaire.

Ce dispositif a également vocation à évoluer en fonction du nombre de retraités qui vont choisir d'adhérer au contrat proposé par Alan. Le barème et les conditions d'attribution seront revus chaque année.

FO Finances a eu gain de cause sur la prise en compte du revenu fiscal, plus équitable

Les retraités

Ces montants sont donnés à titre indicatif pour 2026 et peuvent évoluer en fonction de l'opérateur

Âge	Ancienneté à la retraite					
	< 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	4 à 5 ans	> 5 ans
≤ 60 ans	72,87€	91,08€	93,65€	93,65€	93,65€	93,65€
61 ans	72,87€	91,08€	95,11€	95,11€	95,11€	95,11€
62 ans	72,87€	91,08€	96,67€	96,67€	96,67€	96,67€
63 ans	72,87€	91,08€	98,33€	98,33€	98,33€	98,33€
64 ans	72,87€	91,08€	100,06€	100,06€	100,06€	100,06€
65 ans	72,87€	91,08€	101,91€	101,91€	101,91€	101,91€
66 ans	72,87€	91,08€	103,86€	103,86€	103,86€	103,86€
67 ans	72,87€	91,08€	105,91€	105,91€	105,91€	105,91€
68 ans	72,87€	91,08€	108,09€	108,09€	108,09€	108,09€
69 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	110,37€
70 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	112,78€
71 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	115,31€
72 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
73 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
74 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€
≥ 75 ans	72,87€	91,08€	109,30€	109,30€	109,30€	117,93€

La PSC en Outre Mer et à l'étranger

Situation Outre Mer

Pour les agents de la Polynésie Française, la Nouvelle Calédonie, de Wallis et Futuna et de Saint Pierre et Miquelon, le décret 2025-1170 du 5 décembre 2025 fixe le montant du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé au bénéfice des agents civils et militaires de l'Etat.

Pour bénéficier du remboursement, l'agent adresse une demande à son employeur, avec une attestation émise par l'organisme d'assurance auprès duquel il est affilié, qui précise que l'agent est bénéficiaire à titre individuel ou en qualité d'ayant droit.

Le montant du remboursement mensuel est fixé à :

- 15 euros à compter du 1^{er} janvier 2025 ;
- 30 euros à compter du 1^{er} janvier 2027.



Agents à l'étranger

Concernant les personnels en poste à l'étranger, **FO Finances** avec son syndicat SPRIM, a obtenu une évolution des modalités de couverture pour tenir compte des spécificités liées aux frais de santé à l'étranger.

Les agents en poste à l'étranger auront jusqu'au 31 décembre pour choisir parmi 3 options :

- Rejoindre le contrat collectif du ministère, avec un dispositif d'avance de frais portée par April, en lien avec ALAN, avec une participation employeur.
- Demander une dispense du contrat collectif du ministère (valable 12 mois maximum), et adhérer à l'offre individuelle d'April, sans participation employeur.
- Demander une dispense du contrat collectif du ministère (valable 12 mois maximum), et adhérer à une offre individuelle auprès d'un autre opérateur de votre choix, sans participation employeur.

Cette situation n'est toujours pas adaptée aux besoins des personnels en poste à l'étranger.

FO Finances revendique un accord cadre interministériel pour tous les agents en poste à l'étranger. Cet accord devrait offrir un panier de soins et des prestations identique à celui du ministère des affaires étrangères, afin de prendre en compte les spécificités des différents pays de séjour.

Les garanties optionnelles

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des agents, des garanties optionnelles pourront être souscrites par ces derniers. Le tableau de garanties des deux options a été défini après des bilatérales avec les fédérations et améliore les garanties notamment en matière d'optique, de dentaire et d'audition, ce qui répond aux revendications de **FO Finances**.

L'agent aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un changement par an.

L'employeur prend part au financement des garanties optionnelles de chaque agent actif à hauteur de 50 % de la cotisation, dans la limite de 5 € par bénéficiaire actif et par mois.

Le montant de la cotisation de l'agent est calculé en fonction de la rémunération brute mensuelle.

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



Les cotisations des options pour les retraités

Ces montants sont donnés à titre indicatif pour 2026 et peuvent évoluer en fonction de l'opérateur

Option 1				Option 2			
≤ 60 ans	15,64 ^(*) / 15,68 / 15,73€	76 ans	16,41 / 16,46 / 16,50€	60 ans	34,42 / 34,52 / 34,61€	76 ans	36,11 / 36,21 / 36,31€
61 ans	15,69 / 15,73 / 15,78€	77 ans	16,46 / 16,51 / 16,55€	61 ans	34,53 / 34,63 / 34,72€	77 ans	36,22 / 36,32 / 36,42€
62 ans	15,73 / 15,77 / 15,82€	78 ans	16,51 / 16,56 / 16,6€	62 ans	34,63 / 34,73 / 34,82€	78 ans	36,33 / 36,43 / 36,53€
63 ans	15,78 / 15,82 / 15,87€	79 ans	16,56 / 16,61 / 16,65€	63 ans	34,73 / 34,83 / 34,92€	79 ans	36,44 / 36,54 / 36,64€
64 ans	15,83 / 15,87 / 15,92€	80 ans	16,61 / 16,66 / 16,7€	64 ans	34,84 / 34,94 / 35,04€	80 ans	36,55 / 36,65 / 36,75€
65 ans	15,88 / 15,92 / 15,97€	81 ans	16,66 / 16,71 / 16,75€	65 ans	34,94 / 35,04 / 35,14€	81 ans	36,66 / 36,76 / 36,87€
66 ans	15,92 / 15,96 / 16,01€	82 ans	16,71 / 16,76 / 16,8€	66 ans	35,05 / 35,15 / 35,25€	82 ans	36,77 / 36,87 / 36,98€
67 ans	15,97 / 16,01 / 16,06€	83 ans	16,76 / 16,81 / 16,85€	67 ans	35,15 / 35,25 / 35,35€	83 ans	36,88 / 36,98 / 37,09€
68 ans	16,02 / 16,06 / 16,11€	84 ans	16,81 / 16,86 / 16,9€	68 ans	35,26 / 35,36 / 35,46€	84 ans	36,99 / 37,09 / 37,2€
69 ans	16,07 / 16,11 / 16,16€	≥ 85 ans	16,86 / 16,91 / 16,95€	69 ans	35,36 / 35,46 / 35,56€	≥ 85 ans	37,10 / 37,20 / 37,31€
70 ans	16,12 / 16,17 / 16,21€			70 ans	35,47 / 35,57 / 35,67€		
71 ans	16,16 / 16,21 / 16,25€			71 ans	35,58 / 35,68 / 35,78€		
72 ans	16,21 / 16,26 / 16,3€			72 ans	35,68 / 35,78 / 35,88€		
73 ans	16,26 / 16,31 / 16,35€			73 ans	35,79 / 35,89 / 35,99€		
74 ans	16,31 / 16,36 / 16,4€			74 ans	35,90 / 36,00 / 36,10€		
75 ans	16,36 / 16,41 / 16,45€			75 ans	36,01 / 36,11 / 36,21€		

Tableau des garanties en santé

		Panier de soins interm.	Accord ministériel PSC	
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
Hospitalisation				
Honoraires (1)				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80% ou 100%	130%	160%	180%
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 (forfait de 24 €)		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80% ou 100%	100%	125%	150%
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité		50 € / nuit	55 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite		40 € / nuit	40 € / nuit	45 € / nuit
Psychiatrie		45 € / nuit	50 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire		25 € / jour	25 € / jour	30 € / jour

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

		Panier de soins interm.	Accord ministériel PSC	
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné		38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné		25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	150%	180%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	130%	160%
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	160%	180%
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	150%	180%	200%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	160%	180%
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70%	130%	150%	150%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70%	100%	130%	130%

Spécial PSC

Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	100%	120%	130%
Masseurs-kinésithérapeutes	60%	130%	130%	130%
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%
Analyses non remboursées				50 € / an
Médicaments				
Médicaments remboursés par la SS à 65 %	65%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la SS à 30 %	30%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la SS à 15 %	15%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par la SS (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)		70 € / an	70 €	70 €
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	60%	200%	200%	200%
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	65%	100%	100%	100%
Dentaire				
Soins et prothèses 100 % Santé				
Soins et prothèses 100 % Santé	60%	Remboursement total de la dépense engagée		

		Panier de soins interm.	Accord ministériel PSC	
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maîtrisé				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60%	375%	400%	430%
Prothèses amovibles	60%	375%	400%	430%
	60%	Dent non visible : 250 %	300%	430%
Prothèses provisoires	60%	300%	500%	600%
Inlay Core	60%	200%	200%	220%
Inlays onlays d'obturation	60%	150%	200%	220%
Implantologie				
Implants		500 € / implant	1000 € / implant	1200 € / implant
		(limite 2 implants / an)	(limite 2 implants / an)	(limite 2 implants / an)
Couronne sur implant		200 € / couronne	300 € / couronne	375€ / couronne
		(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)	(limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie (remboursée par la SS)	100%	250%	350%	350%
Orthodontie (non remboursée par la SS)		400 € / semestre	400 € / semestre	500 € / semestre

Parodontologie				
Parodontologie (non remboursée par la SS)			250 €	400 €
Aides auditives				
Equipements 100 % Santé (2)				
Equipements 100 % Santé	60%	Remboursement total de la dépense engagée		
Equipements à tarif libre (2)				
Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans	60%	800 €	900 €	1 300 €
Equipements à tarif libre pour les moins de 20 ans ou atteint de cécité	60%	1 400 €	1 600 €	1 600 €
Frais d'entretien et réparation				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la SS	60%	100%	125%	125%
Frais d'entretien et réparation non remboursés par la SS			50€/an	50€/an
Optique				
Equipements 100 % Santé				
Equipements 100 % Santé	60%	remboursement total de la dépense engagée		

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

		Panier de soins interm.	Accord ministériel PSC	
Poste de soins	Part SS	Remboursement	Option 1	Option 2
Equipements à tarif libre				
Monture	60%	50 €	100 €	100 €
Autres prestations optique				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	60%	100 € / an	130€ / an	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)		400 € / an	400 € / an	500 € / an
Grille optique (remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple)	60%	60 €	100 €	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe)	60%	110 €	200 €	250 €

Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 (complexe)	60%	150 €	200 €	250 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8 (très complexe)	60%	200 €	250 €	300 €
Autres postes				
Cures thermales acceptées par la SS				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	65%	100%	100%	100% + 100€
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue		2 séances / an	5 séances / an	5 séances / an
		(limite 40 € / séance)	(limite 45 € / séance)	(limite 50 € / séance)

Psychologue				
Psychologues conventionnés, pris en charge par la SS dans la limite de 12 séances par an	60%	50 € pour la 1ère séance 50 € pour les 11 séances restantes		
Psychologues non pris en charge par la SS		30 € 4 séances	40 € 6 séances	40 € 6 séances
Actes refusés par la Sécurité Sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique		80 € / an	80 € / an	80 € / an
Contraception, tests de grossesse		80 € / an	90 € / an	100 € / an
Dépistage (surdité enfant, trouble du langage, hyperactivité, ...)			50 € / an	50 € / an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif		183 € / acte		
Tout acte de prévention remboursé par la SS	Variable	100%		
Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).				

Tableau des garanties accessible sur le site Alan



La prévoyance



L'accord interministériel du 20 octobre 2023 combine des garanties employeur statutaires améliorées et une couverture complémentaire « prévoyance », **FO** ne l'a pas signé car cet accord ne s'applique pas aux trois versants de la Fonction publique et concerne essentiellement les congés longue maladie. Les évolutions statutaires seront mises en place au plus tard au 1er janvier 2027, elles relèvent de l'administration.

Les évolutions statutaires

Capital décès

- 100% de la rémunération annuelle brute (RAB), sans condition d'âge ni de durée de services
- 300% RAB en cas de conditions exceptionnelles (attentat par exemple)

Rente éducation / handicap

- 5% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) jusqu'à 17 ans
- 15% du PMSS jusqu'à 26 ans, si poursuite d'études
- rente viagère pour les enfants en situation de handicap

Incapacité

Renforcement de la couverture statutaire

- Amélioration de la prise en charge du congé longue maladie avec l'actualisation des pathologies concernées et une prise en compte des primes
- Alignement des niveaux de prise en charge des contractuels avec les titulaires au titre du congé de maladie ordinaire CMO (ancienneté requise de 4 mois)

- Alignement des niveaux de prise en charge du congé grave maladie CGM, des contractuels avec le congé longue maladie CLM des titulaires (ancienneté requise de 4 mois)
- Pour les CLM/CGM, le socle statutaire et interministériel prévoit des maintiens de rémunération à hauteur de 100% de la RAB la première année et 80% de la RAB les deux années suivantes

Invalidité

- Mise en place d'une pension d'invalidité similaire à celle de la CPAM avec une couverture renforcée pour les contractuels
- Suppression de la mise en retraite pour invalidité et du principe de radiation des cadres
- Acquisition de droits à la retraite pendant la phase d'invalidité
- Adaptation de la disponibilité pour raisons de santé sans limitation de durée, étendue à tous les fonctionnaires inaptes à reprendre une activité
- Proposition d'un âge de départ à la retraite anticipé (diminution de 2 ans)

La prévoyance

FO Finances et l'ensemble des fédérations ont revendiqué et obtenu un couplage obligatoire santé prévoyance, obligation non prévue par le cadre juridique imposé par la DGAFP.

Nous sommes le seul ministère proposant ce couplage obligatoire.

Le contrat collectif obligatoire de prévoyance, comme celui sur la PSC entrera en vigueur le 1er janvier 2026, avec une prise en charge par l'employeur à hauteur de 7 € par mois et par agent, sur les garanties socles qui complètent la prise en charge en congé longue maladie, en invalidité et en cas de décès.

La couverture du jour de carence applicable aux congés pour raison de santé des agents fonctionnaires et contractuels est exclue des garanties.

Les agents pourront également adhérer à deux niveaux de garanties additionnelles définies dans la négociation ministérielle.

Ces garanties additionnelles porteront sur :

- le congé ordinaire de maladie - CMO
- le congé longue durée - CLD.

En 2025, après les 3 premiers mois de congé ordinaire de maladie, avec l'opérateur référencé MGEFI, le traitement indiciaire brut + NBI est maintenu à 100 % les 9 mois suivants pour le CMO et les 2 années suivantes pour le CLD, via les contrats couplés santé et prévoyance. Le contrat Premuo relève de la dépendance.

FO Finances a exigé a minima le maintien de l'existant tout en recherchant une solution avec un coût mesuré pour que la majorité des agents puisse souscrire cette garantie additionnelle.

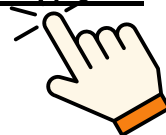
La première option doit permettre de maintenir le niveau de couverture en garantissant pour le CMO, 100 % du traitement indiciaire brut + NBI et 50% des primes.

La deuxième, plus onéreuse, couvrira 100 % du traitement indiciaire brut + NBI et 70 % des primes.

La souscription de garanties additionnelles n'est soumise à aucune condition d'âge ou d'état de santé. Au-delà d'un délai de 6 mois, l'adhésion pourra être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical.

Le calcul de la cotisation devrait évoluer entre 2026 et la mise en œuvre des évolutions statutaires, prévue normalement en 2027.

Simulateur GMF- Vivinter



Le site de GMF



La prévoyance

FO Finances et l'ensemble des fédérations ont découvert fin juillet lors d'une CPPS que GMF Vivinter ne voulait pas ouvrir les options à l'ensemble des agents.

En effet, l'opérateur en prévoyance avait annoncé qu'il ne reprenait pas les encours, c'est à dire tous les agents en arrêt au moment de la souscription.

Cette disposition inacceptable ne permettait pas aux agents en arrêt maladie ou à temps partiel thérapeutique de disposer d'une couverture complète. L'ensemble des fédérations a dénoncé cette carence.

Suite aux nombreuses interventions de **FO Finances** et des autres fédérations, des évolutions ont été apportées aux conditions et modalités de choix d'option. Ainsi, les agents en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique pendant la période d'affiliation pourront souscrire à l'option 1.

Cette option permet de maintenir un bon niveau de couverture en garantissant pour le CMO, 100 % du traitement indiciaire brut + NBI et 50% des primes.

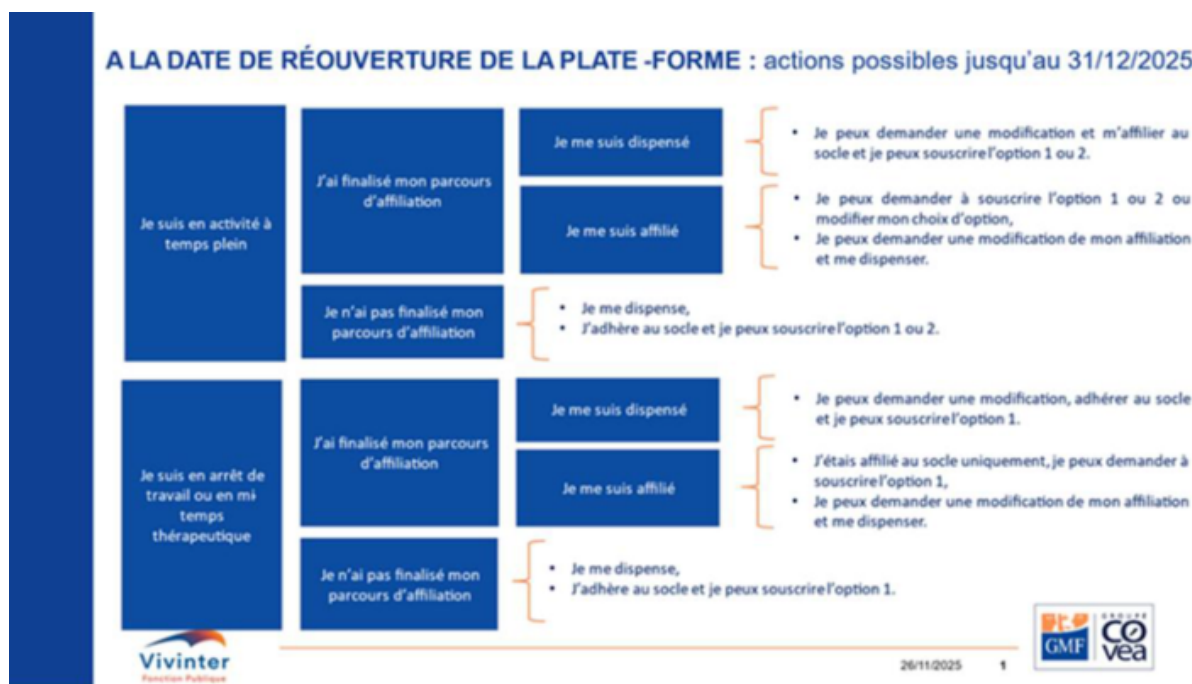
FO Finances se félicite de cette évolution qui permet d'éviter le défaut de couverture pour les agents les plus fragiles.

Cette possibilité sera ouverte jusqu'au 31 décembre 2025.

Le site GMF Vivinter sera mis à jour de ces évolutions avec des parcours simplifiés pour modifier leur option et signaler un changement de mail.

Le tableau ci-dessous présente les différentes situations et possibilités offertes aux agents selon leurs situations.

Les agent en poste dans une collectivité d'outre-mer (St Pierre & Miquelon, Wallis et Futuna, Nouvelle Calédonie, Polynésie française) peuvent bénéficier de la couverture prévoyance dès le 1^{er} janvier 2026, s'ils effectuent les démarches avant le 31 décembre 2025.



le tableau de garanties

		Statutaire		PSC Socle		Socle + Option 1		Socle + option 2	
		TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes	TIB+NBI	Primes
Capital Décès		100%	100%	200%	200%				
Rente éducation	0-18 ans	5 % PMSS							
	19-36 ans	15 % PMSS							
Congé maladie ordinaire	Plein traitement	90%	90%			90%	90%	90%	90%
	Demi traitement	50%	50%			100%	50%	100%	70%
Congé longue maladie/ Congé grave maladie	Plein traitement	100%	33%	100%	100%				
	Demi traitement	60%	60%	80%	80%				
Congé longue durée	Plein traitement	100%	0%			100%	10%	100%	70%
	Demi traitement	50%	0%			100%	10%	100%	70%
Retraite pour invalidité		50 à 75%	0%	80%	80%				
Pension d'invalidité titulaire	Catégorie 1	40%	40%	50%	50%				
	Catégorie 2&3	70%	70%	80%	80%				
Pension d'invalidité contractuel	Catégorie 1	30%	30%	50%	50%				
	Catégorie 2&3	50%	50%	80%	80%				

La Commission paritaire de pilotage et de suivi

Avant la passation du marché, la CPPS, où siège **FO Finances**, a été 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.

Le contrat conclu prévoit une durée ferme de 2 ans, puis une reconduction annuelle pendant 4 ans.

La CPPS est également associée au pilotage et au suivi du contrat avec l'opérateur sélectionné. C'est un changement important par rapport au référencement.

La CPPS suit donc l'exécution du marché par les opérateurs, autant sur les critères financiers que sur les critères qualitatifs.

Notre ministère avait toujours démontré un attachement profond au niveau de couverture de ses agents. Le choix d'ALAN, néo assureur basé sur le numérique, ne correspond pas à notre conception de la protection sociale complémentaire.

FO réaffirme son attachement aux principes fondateurs de la Sécurité sociale qui reste l'une de nos plus grandes conquêtes sociales fondée sur la solidarité et la cotisation sociale. L'essence même du système de l'assurance maladie en France est de soigner en fonction des besoins, indépendamment des ressources et des moyens dont chacun dispose.

Les principes fondateurs de notre modèle social doivent demeurer l'égalité et la solidarité pour assurer l'universalité des bénéficiaires et garantir l'accessibilité aux soins de meilleure qualité.

Ces dernières décennies ont été marquées par des diminutions des droits des assurés sociaux dont les dernières en date sont :

- la hausse du ticket modérateur de 30 % à 40 % ;
- le doublement des franchises médicales et de la participation forfaitaire ;
- la baisse du plafond des indemnités journalières de 1,8 Smic à 1,4 Smic.

Ce qui a pour conséquence le renoncement aux soins et un transfert de charges vers les organismes complémentaires.

Quatre-vingts ans après, l'accès aux soins des Français est devenu l'un des défis majeurs de l'Assurance maladie avec des conséquences lourdes pour la santé des Français.

FO Finances veillera à faire remonter tous les manquements de l'opérateur aux critères du marché afin de documenter une éventuelle dénonciation.

FO Finances continue de dénoncer le choix d'un opérateur privé à but lucratif, qui découle de l'ouverture à la concurrence et au marché de la protection sociale complémentaire des agents publics.

FO Finances saura prendre ses responsabilités et informer régulièrement les agents des évolutions tout au long du contrat.

Le site du ministère





*La Sécurité : un héritage
pour l'avenir*

FO



Face aux imprévus de la vie, comptez sur la
MASFIP pour être à vos côtés.

Face à ces aléas, nous vous proposons un
soutien et un accompagnement réconfortants.



CONTACTEZ VOTRE CONSEILLER MUTUALISTE MASFIP AU 01 80 97 91 91



masfip.fr