

# Protection Sociale Complémentaire : Remboursement forfaitaire de 15 € /mois pour les agents de l'État.

Le décret 2021 – 1164 du 8 septembre 2021 organise la participation forfaitaire des employeurs publics de l'État au financement de la Protection Sociale Complémentaire (PSC). Il s'agit d'une mesure transitoire, en 2024 la prise en charge par l'employeur de la PSC sera portée à 50 %.

Les personnels civils employés par le ministère des Armées et ses établissements publics (excepté les EPIC) bénéficient donc de ce remboursement.

Sont concernés par cette mesure, **les fonctionnaires titulaires et stagiaires, les ouvriers de l'État, les agents contractuels de droit public, de droit privé relevant du code du travail, les apprentis.**

Pour être éligible l'agent doit être :

- En activité ;
- En détachement ou congés de mobilité ;
- En congé parental ;
- En disponibilité pour raison de santé, ou en congé sans rémunération pour raison de santé ou tout autre dispositif de même nature ;
- En congés de proche aidant, de présence parentale ou de solidarité familiale ;
- Tout congé de toute nature (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée) donnant lieu à une rémunération, ou d'une prestation en espèce versée par son employeur.

Sont inclus dans cette dernière catégorie les personnels rémunérés par le ministère des Armées affectés ou mis à disposition dans l'une des administrations ou organismes prévus par la réglementation en vigueur.

**Pour être remboursées, les cotisations doivent couvrir des frais de santé et être versées :**

**à un organisme de protection sociale complémentaire** relevant de l'une des catégories suivantes :

- mutuelles ou unions relevant du livre II du code de la mutualité ;
- institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du code des assurances.

**par l'agent** en qualité de bénéficiaire d'un contrat individuel ou collectif. Dans le cas d'un contrat collectif, mais à condition que la cotisation ne fasse pas déjà l'objet d'un financement d'un employeur, autre que ceux de l'État.

Seuls les agents qui en font la demande et qui fournissent une attestation d'adhésion de leur organisme de protection sociale complémentaire pourront bénéficier du versement. (Documents en annexes)

La **CGT** appelle l'ensemble des personnels à demander, dès à présent, à leur employeur le versement de cette participation forfaitaire ;

La **CGT** déplore l'insuffisance du montant remboursé et l'exclusion des retraités du dispositif.

Dans le cadre des prochaines négociations avec le ministère des Armées, la **CGT** défendra le droit à une protection sociale de qualité, solidaire, et du plus haut niveau possible pour l'ensemble des personnels actifs et des retraités.

Montreuil, le 8 novembre 2021

DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS DE PROTECTION SOCIALE  
COMPLEMENTAIRE EN SANTE

**Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État**

**Attention :** Il convient de joindre à cette demande l'attestation émise par l'organisme de couverture complémentaire santé avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé lui sont versées.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom	
N° de sécurité sociale	
<u>Personnel militaire uniquement</u> : NID	
Ministère	Ministère des Armées
<u>Personnel militaire uniquement</u> : armée, direction, service gestionnaire	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé dont je suis bénéficiaire (Cf. attestation jointe):

<input type="checkbox"/>	Cas particulier : je suis bénéficiaire du contrat groupe de l'employeur de mon conjoint/parent, <b>dans ce cas</b> je certifie que je ne bénéficie pas déjà d'une prise en charge financière par l'employeur de mon conjoint/parent.
--------------------------	--

Date de prise d'effet

<input type="checkbox"/>	Au 1 <sup>er</sup> janvier 2022 = je suis déjà titulaire ou ayant droit d'un contrat de complémentaire santé ; je n'ai pas engagé de démarche conduisant à mettre fin à ce contrat au 1 <sup>er</sup> janvier 2022
<input type="checkbox"/>	Date postérieure au 1er janvier 2022 Je souscris, ou je suis bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé qui prend effet au ...../...../.....

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A \_\_\_\_\_, le

*Signature de l'agent*

EXEMPLE DE FORMULAIRE D'ATTESTATION DELIVREE PAR LA MUTUELLE

**ATTESTATION DELIVREE PAR VOTRE MUTUELLE**

.....[Nom de l'organisme complémentaire]

.....[Identification de l'organisme complémentaire]

A ....., le ...../...../.....

M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré]

.....

.....[Adresse de l'assuré(e)]

Je soussigné, .....[Nom de l'organisme complémentaire]  
enregistré sous le n° ..... [N°SIREN], atteste que :

- M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré]

- .....[Numéro de Sécurité sociale de l'assuré]

est titulaire d'un contrat de protection sociale complémentaire solidaire et responsable qui respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

• **Cas du demandeur titulaire souscripteur ou ayant droit d'un contrat individuel**

est titulaire du [Contrat / Règlement<sup>4</sup>], n°..... Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident

• **Cas d'un ayant droit d'un contrat groupe obligatoire**

est couvert en qualité d'ayant droit du [Contrat / Règlement], n°.....

Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et ne fait l'objet d'aucun financement direct des cotisations de M/Mme .....[Nom et Prénom de l'assuré] par l'employeur du titulaire du contrat.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de :

Mme/M .....[Nom et Prénom de l'assuré] s'élève à .....€/an ou .....€/ mois.

Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le ...../...../.....

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

[Signature]

[Cachet de l'organisme complémentaire]

<sup>4</sup> Rayer la mention inutile