

Protection Sociale Complémentaire (PSC) Santé

Réponses aux agents

La **CFDT** a recensé auprès des agents un certain nombre de questions relatives à la Protection Sociale Complémentaire (PSC) obligatoire. La **CFDT** a sollicité la MGAS, qui gère le volet Santé (obligatoire) de la PSC pour notre ministère.

La **MGAS** nous a transmis les réponses que vous trouverez ci-dessous, avec des commentaires éventuels de la **CFDT**.

1) Questions relatives au niveau de cotisation :

Certains agents ont commencé à faire des simulations. Leur cotisation va nettement augmenter, surtout pour leurs enfants (cotisation quasiment doublée). Que prévoyez-vous ?

Le tarif des enfants ne bénéficie plus des mêmes critères de solidarité intergénérationnelle que dans les contrats référencés. L'objet de la réforme est que l'employeur couvre avantagement les agents (avec sa participation et un modèle de structuration tarifaire avantageux pour eux). Il faut bien comparer les niveaux de couverture et le prix global de la famille.

Commentaire CFDT : Les garanties du niveau de base sont mieux couvrantes sur de nombreux postes de soin que la 1^{ère} voire la 2^{ème} option des mutuelles référencées (dont la MGAS et la MGEN) et, ont en effet un impact certain sur le tarif d'équilibre.

Beaucoup d'agents, dont ceux avec des enfants, constatent que les cotisations pour les ayants droits peuvent être conséquentes. Notre organisation syndicale le constate et le regrette également. L'adhésion des ayants droits n'étant pas obligatoire, il est recommandé de comparer les taux de couverture et de prix avec les autres mutuelles, notamment d'effectuer le comparatif avec les mutuelles étudiantes.

La **CFDT** reste impliquée dans le suivi du dispositif santé complémentaire et va être vigilante sur la mobilisation des fonds de solidarité pour accompagner les familles, en particulier les familles monoparentales (ne pouvant répondre à la possibilité du cas de dispense lié au rattachement à la mutuelle collective du conjoint).

Dans le calcul de la rémunération brute mensuelle à prendre en compte, doit-on incorporer le forfait télétravail, l'indemnité compensatrice CSG et la participation à la PSC ?

Tous les éléments de rémunération soumis à CSG et CRDS sont intégrés dans le calcul de la cotisation (traitement indiciaire brut, primes, indemnités de fonction, etc.) sont pris en compte dans la base de calcul de la cotisation santé. Voici une liste non exhaustive des primes et indemnités susceptibles d'être incluses dans la base de calcul des cotisations variables :

- Indemnité de résidence
- Supplément familial de traitement
- Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE)
- Complément indemnitaire annuel (CIA)
- Indemnité d'administration et de technicité (IAT)
- Indemnité horaire pour travaux supplémentaires (IHTS)
- Indemnité pour charges militaires (ICM)
- Indemnité de sujétion géographique
- Indemnité de fonctions en milieu difficile
- Indemnité de mobilité
- Indemnité d'astreintes
- La monétisation du Compte épargne temps est prise en compte dans l'assiette de calcul des cotisations et donc à inclure.

Ne sont pas considérés comme éléments de rémunération, pour exemple : les frais de transports, frais de mission.

Commentaire CFDT : Nous précisons que les éléments de rémunération soumis à CSG et CRDS intégrés dans le calcul de la cotisation sont dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3 925 € au 1^{er} janvier 2025).

A quoi correspond le complément de rémunération des contractuels à inclure dans le calcul de rémunération brute mensuelle à prendre en compte ?

Le complément de rémunération des contractuels à inclure dans le calcul de la rémunération brute mensuelle correspond à l'ensemble des éléments de rémunération perçus par l'agent contractuel, en plus de son traitement de base. Cela inclut notamment :

- Les primes et indemnités spécifiques versées aux contractuels
- Les compléments de rémunération liés à la fonction, à l'ancienneté ou à la technicité
- Toute somme soumise à CSG et CRDS, dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Est-il possible que les ARS et les établissements publics abondent un supplément pour les options supérieur aux 5 € de prévus ?

À ce jour, la participation de l'employeur pour les options est strictement encadrée : elle est limitée à 50 % du coût de l'option, dans la limite de 5€ TTC par mois et par agent bénéficiaire actif, toutes options confondues.

Commentaire CFDT : les ARS et les établissements publics sous tutelle qui ont adhéré au dispositif PSC des ministères sociaux sont contraints de respecter les termes de l'accord national et des marchés publics et ne peuvent pas négocier localement de meilleures conditions de prise en charge pour leurs agents.

Les différentes directions du périmètre ministériel (par exemple ARS ou établissements publics) peuvent-elles négocier avec la MGAS (ou un autre assureur) un contrat de surcomplémentaire ?

La MGAS ne diffuse pas de surcomplémentaire dans la mesure où l'équilibre de ce type de contrat est fortement aléatoire et sujet à risque. La MGAS est davantage dans une optique de couvrir le plus grand nombre. Si le remboursement des options vous paraît insuffisant élevé, il convient sans doute de prendre une assurance individuelle pour la compléter.

Dans le cas où un agent partirait à la retraite de combien serait l'augmentation des cotisations en moyenne ? Peut-on faire des simulations sur un outil MGAS ?

La tarification pour les retraités sera fonction de l'âge et de l'ancienneté du statut de retraité. A ce jour, la tarification est donnée unitairement quand les agents nous interrogent car certains travaux concernant l'utilisation du fonds de solidarité ne sont pas encore terminés. Il est prévu la mise en ligne d'un tarificateur ultérieurement.

Quand et quel sera le montant de révision des cotisations d'une année sur l'autre ?

La révision des cotisations intervient chaque année à la date d'échéance du contrat, c'est-à-dire au 1er janvier. Voici les principales informations à retenir concernant l'évolution des cotisations d'une année sur l'autre :

- Les cotisations peuvent être révisées chaque année, en fonction de l'évolution des résultats annuels du contrat collectif (rapport entre les prestations versées et les cotisations encaissées) et des éventuelles évolutions légales ou réglementaires.
- Toute modification des montants de cotisations fait l'objet d'un avenant signé entre la mutuelle et le souscripteur.
- Le montant de la cotisation initiale est maintenu au minimum jusqu'au 31 décembre 2026, soit pendant une durée d'un an à compter de la mise en place du contrat.
- À partir du 1er janvier 2027, les taux de cotisation pourront être revus, après avis de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS).
- Les augmentations annuelles sont plafonnées à 10 % maximum par an (hors évolution légale et réglementaire).
- L'objectif de ces révisions est de maintenir l'équilibre du régime.

Est-ce que la participation de l'employeur de 34,52€ pour le panier de base est considérée comme un avantage en nature et imposable ?

Non, la participation de l'employeur de 34,52€ versée dans le cadre du dispositif de protection sociale complémentaire obligatoire (PSC) pour les agents publics n'est pas considérée comme un avantage en nature et n'est pas imposable au titre de l'impôt sur le revenu.

Commentaire CFDT : En fonction de la période d'affiliation des agents, le simulateur a évolué et a pu être différents des informations relayées sur PACO (intranet du ministère). La **CFDT** a fait remonter la non-visibilité pour l'agent de la cotisation additionnelle au Fonds d'aide aux retraités à hauteur de 2% de sa cotisation d'équilibre et au Fonds d'accompagnement social à hauteur de 0.5%. Ainsi, qu'une erreur d'information des éléments payés par l'agent via son bulletin de paye ou via le paiement direct à la MGAS.

Les cotisations mensuelles seront payées et notifiées, de la manière suivante :

Cotisation d'équilibre de l'agent :

- La cotisation mensuelle des agents à la MGAS sera prélevée directement sur leur bulletin de paye. La cotisation apparaîtra sur les bulletins de paye à partir de janvier 2026.
- La participation du ministère de 34,52€ sera versée directement à la MGAS et apparaîtra aussi sur les bulletins de paye des agents.

Dans le cas où un agent choisit une option :

- L'agent paiera directement le coût de l'option à la MGAS.
- La participation du ministère à l'option sera remboursée directement à l'agent sur son bulletin de paye, dans la limite de 5€ par mois.

Dans le cas où l'agent choisit d'affilier des ayants droit, le coût de la cotisation des ayants droit sera payée directement à la MGAS.

2) Fonds de solidarité :

En quoi consiste les deux fonds de solidarité l'un dédié aux retraités l'autre aux agents en difficulté ?

Les 2 fonds de solidarité mis en place dans le cadre de la protection sociale complémentaire sont :

- **Le fonds d'aide aux retraités :**
 - Ce fonds est destiné à soutenir financièrement les bénéficiaires retraités en prenant en charge une partie de leur cotisation.
 - L'octroi de cette aide dépend des ressources du bénéficiaire retraité.
 - Le fonds peut également servir pour des aides ponctuelles de type action sociale.
 - Ce fonds est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.
 - Les modalités d'attribution et de gestion de cette aide sont définies par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS).
- **Le fonds d'accompagnement social :**
 - Ce fonds vise à accompagner les agents (actifs ou retraités) et leurs ayants droit qui rencontrent des difficultés sociales ou financières.
 - Il est financé par une cotisation additionnelle spécifique.

Commentaire CFDT : Les deux fonds sont financés par les cotisations additionnelles spécifiques prévues et incluses dans les contrats. En effet, les fonds peuvent servir à la prise en charge financière d'une partie de la cotisation, qui dépendra du niveau de ressources du bénéficiaire, et également à des aides ponctuelles sur certaines prestations. Les règles de fonctionnement de ces deux fonds sont en cours de discussions (à la date de rédaction de ce document) dans le cadre de la Commission paritaire de pilotage et de suivi, à laquelle participent les représentants du personnel.

3) Questions relatives à l'adhésion :

Est-il possible d'avoir deux mutuelles santé, l'une avec la MGAS pour le panier de base et une autre pour ce que la mutuelle ministérielle ne prendrait pas ou mal en charge en termes de remboursement ?

Oui, il est possible d'avoir deux mutuelles santé. Vous pouvez cotiser à deux mutuelles, mais une seule pourra être liée au régime obligatoire via la connexion NOEMIE pour la télétransmission et sera donc votre mutuelle principale. Cela signifie que la MGAS peut être votre mutuelle principale pour le panier de base, et vous pouvez souscrire à une autre mutuelle en complément pour des remboursements supplémentaires sur certains postes de soins.

À retenir :

- Une seule mutuelle sera connectée à la Sécurité sociale pour la télétransmission automatique des remboursements (NOEMIE).
- La seconde mutuelle pourra intervenir en complément, mais vous devrez transmettre manuellement les décomptes de remboursement si vous souhaitez obtenir un complément sur les frais non pris en charge ou partiellement remboursés par la MGAS.

Commentaire CFDT : Des agents nous ont remonté le souhait de garder leur mutuelle actuelle malgré le caractère obligatoire d'adhésion à la mutuelle ministérielle, avec l'impact de cotiser pour deux mutuelles afin de ne pas perdre les avantages de leur prévoyance actuelle couplée à leur mutuelle personnelle (prise en compte des jours de carence non inclus au dispositif de la PSC, meilleure couverture des congés maladie, avantages liés à des prêts immobiliers).

Quand doit-on résilier au plus tard son contrat avec sa propre mutuelle/assurance santé ?

La demande de résiliation doit être faite au plus tard avant le 31 octobre 2025 pour une prise d'effet au 31 décembre 2025, en respectant les modalités du contrat actuel.

Commentaire CFDT : Les contrats doivent être résiliés en règle générale avec un préavis. La résiliation doit être effectuée dans les délais suivants :

- Si votre contrat individuel a été souscrit depuis plus de 12 mois au 1^{er} janvier 2026, vous devez envoyer votre demande de résiliation au plus tard le 30 novembre 2025. Votre assureur est tenu d'accepter votre demande de résiliation.
- Si votre contrat individuel a été souscrit depuis moins de 12 mois au 1^{er} janvier 2026, vous ne pourrez le résilier qu'à la date anniversaire de souscription. Vous devrez dans ce cas demander à être dispensé d'adhérer à la mutuelle du ministère au 1^{er} janvier 2026. Vous ne devrez adhérer qu'à la fin de votre contrat individuel.

Attention, sans résiliation de votre contrat actuel, vous risquez dans ce cas d'être adhérent à deux mutuelles. L'adhésion à la MGAS sera automatique pour tous les agents encore non affiliés au 01/10/2025 et qui n'auraient pas formulé un droit de dispense.

Peut-on garder la mutuelle si on quitte les ministères sociaux, que l'on soit en CDD/CDI/Fonctionnaire pour travailler ailleurs ? Quelles sont les conditions ?

Oui, il est possible de conserver la mutuelle MGAS dans certaines situations au départ des MSO, sous réserve de remplir certaines conditions précises. Voici les principales conditions à retenir :

- **Portabilité des droits :**
 - Si la fin de votre contrat de travail n'est pas due à une faute lourde ou à une démission, vous pouvez bénéficier du maintien de votre couverture santé (portabilité) pendant 12 mois maximum et dans la limite de la durée de votre dernier contrat.
 - Vous devez être inscrit comme demandeur d'emploi et être indemnisé par votre régime d'assurance chômage.
 - Vous devez avoir adhéré au contrat collectif santé avant votre départ.
 - Les ayants droit peuvent également bénéficier de la portabilité s'ils étaient couverts au moment de la fin du contrat.

- **Procédure à suivre :**
 - Le souscripteur (votre employeur) doit informer la mutuelle de votre situation dans le mois suivant la cessation du contrat de travail, en précisant la durée du dernier contrat et la durée prévue du maintien.
 - Vous devez transmettre à la mutuelle toute information relative à l'ouverture de vos droits à l'assurance chômage et toute modification pendant la période de maintien.
- **Fin de la portabilité :**
 - La portabilité prend fin à l'issue de la période maximale (12 mois ou durée du dernier contrat) ou dès que vous ne remplissez plus les conditions (par exemple, si vous retrouvez un emploi non éligible à la portabilité).
- **Si vous travaillez ailleurs :**
 - Si vous rejoignez un nouvel employeur qui propose une complémentaire santé obligatoire, vous devrez en principe adhérer à ce nouveau contrat collectif, sauf cas de dispense.

Commentaire CFDT : Pour un couple de fonctionnaires, agents des ministères sociaux, chacun sera affilié en tant qu'agent actif à la MGAS, avec la prise en charge pour chacun de la cotisation d'équilibre à hauteur de 50% par le ministère. Il est de même pour un couple fonctionnaire de deux ministères ou fonctions publiques différents, chacun est considéré comme agent actif de son administration et affilié sous conditions de celui-ci, chacun aura son contrat. La CFDT invite à effectuer les simulations de cotisation pour savoir à quel conjoint rattacher les ayants droit. La cotisation pour les enfants étant un pourcentage de la cotisation d'équilibre qui peut varier d'un ministère à un autre. Dans le cadre d'une mobilité au sein de la fonction publique d'Etat, l'agent sera affilié d'office à la mutuelle du ministère payeur. La question peut être soulevée par l'agent auprès de l'administration d'accueil.

Quels sont tous les cas de dispense si un agent est en CDD ?

Si le CDD a moins d'un an il est éligible à la dispense au motif qu'il est en CDD ou qu'il est couvert par une mutuelle individuelle dans la limite de 12 mois (en fonction de la date d'échéance du contrat individuel).

Si le CDD est de plus de 12 mois alors il faudra qu'il fasse jouer le motif CDD pour la seconde année et suivantes. Le sujet est davantage sur le choix du motif de dispense que sur son droit à demander une dispense.

Commentaire CFDT : Les apprentis comme tous les contractuels rémunérés par le ministère doivent également adhérer à la PSC Santé, sauf s'ils entrent dans un cas de dispense prévue et qu'ils en font la demande, par exemple s'ils sont ayants droit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire de leur parent.

Les agents des territoires d'outre-mer sont concernés par la PSC. Les agents affectés dans les départements d'outre-mer bénéficient de la PSC Santé obligatoire du ministère.

Les agents affectés à Wallis et Futuna bénéficient d'une gratuité des soins.

Les agents affectés en Polynésie française bénéficient de la PSC Santé obligatoire du ministère.

Les agents affectés à Saint-Pierre-et-Miquelon adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés en Nouvelle-Calédonie :

- Bénéficient de la PSC Santé du ministère s'ils sont affectés depuis moins de six mois.
- Adhèrent au régime de sécurité sociale de droit local lorsqu'ils sont affectés depuis six mois ou plus.

Un agent est retraité de l'armée et travaille actuellement au sein des ministères sociaux et a comme complémentaire santé actuelle une mutuelle de militaire peut-il la conserver ?

Si l'agent est en activité aux ministères sociaux, il est considéré comme bénéficiaire actif et doit, sauf cas de dispense, adhérer au contrat santé souscrit par son employeur.

La conservation de la mutuelle de militaire n'est possible que si l'agent remplit un motif de dispense reconnu (par exemple, s'il bénéficie d'une couverture collective obligatoire par ailleurs ou d'un contrat individuel en cours à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif, dans la limite de 12 mois).

Il peut, s'il le souhaite, conserver sa mutuelle de militaire en complément, mais elle ne pourra pas se substituer à l'adhésion obligatoire à la MGAS, sauf cas de dispense.

Dans le cas où l'agent est détaché d'un autre ministère (par exemple du ministère des Armées) au sein des ministères sociaux (en ARS par exemple) peut-il conserver sa mutuelle ?

Si l'agent est rémunéré par les ministères sociaux, il sera affilié au contrat collectif santé obligatoire de la MGAS à compter du 1^{er} janvier 2026.

Si c'est le ministère des Armées qui le rémunère, il devra s'affilier au contrat collectif santé obligatoire prévu par le ministère des Armées.

Commentaire CFDT : Plus globalement, il est important de retenir que tous les agents détachés d'un autre ministère ou retraités de l'armée et rémunérés par les ministères sociaux devront s'affilier, sauf cas de dispense reconnu, au contrat collectif santé obligatoire du ministère (MGAS). Si l'agent continue à être payé par son ministère d'origine, il devra alors s'affilier au contrat collectif santé obligatoire de ce celui-ci.

4) Questions relatives aux remboursements :

Dans la plaquette des garanties à quoi correspond l'intitulé « médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » ?

L'intitulé « médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » fait référence aux médecins qui ont signé un accord spécifique avec l'Assurance Maladie, appelé OPTAM ou OPTAM-CO. Ces dispositifs visent à limiter les dépassements d'honoraires et à favoriser un meilleur remboursement pour les patients.

Par exemple à quoi correspond concrètement pour les honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins) un taux de 100% BR pour le socle et 160% en option 3 (impression ci-dessous) ?

Voici ce que signifient concrètement les taux indiqués pour les honoraires des médecins généralistes dans le tableau de garanties :

SOINS COURANTS	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires médicaux				
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	140% BR	160% BR	160% BR

- Le taux de 100 % BR (Base de Remboursement) pour le socle signifie que la MGAS complète le remboursement de la Sécurité sociale jusqu'à atteindre 100 % de la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale. Cela couvre donc le ticket modérateur, mais pas les éventuels dépassements d'honoraires.
- Le taux de 160 % BR en option 3 signifie que la MGAS prend en charge, en complément du remboursement de la Sécurité sociale, jusqu'à 160 % de la base de remboursement. Cela permet de couvrir une partie ou la totalité des dépassements d'honoraires pratiqués par le médecin, dans la limite de ce plafond.

Exemple concret :

- Si la base de remboursement de la Sécurité sociale pour une consultation chez un médecin généraliste est de 25 €, alors :
 - Avec le socle (100 % BR), le remboursement total (Sécurité sociale + MGAS) sera de 25 € maximum.
 - Avec l'option 3 (160 % BR), le remboursement total (Sécurité sociale + MGAS) pourra aller jusqu'à 40 € (25 € x 160 %).

Pour les médecins secteur 2 OPTAM, le plafond de L'OPTAM est de combien ? Pour les médecins qui dépassent le plafond de l'assurance maladie mais qui ne dépassent pas l'OPTAM, sont-ils inclus ou non dans les tableaux de garanties ?

Pour les médecins de secteur 2 adhérents à l'OPTAM, le plafond de remboursement appliqué par la MGAS dépend de l'option choisie dans votre contrat collectif. Les taux de prise en charge sont clairement indiqués dans les tableaux de garanties, par exemple :

- Pour les consultations et visites de généralistes ou spécialistes OPTAM, les taux de remboursement peuvent aller de 100 % à 160 % de la base de remboursement (BR) selon l'option choisie (socle ou options supérieures).
- Le plafond de l'OPTAM correspond donc au pourcentage maximum de la base de remboursement indiqué dans votre tableau de garanties pour les actes réalisés par ces médecins.

Concernant les médecins qui respectent le plafond de l'OPTAM (c'est-à-dire qui ne pratiquent pas de dépassement au-delà de ce dispositif), ils sont bien inclus dans les tableaux de garanties et sont référencés par l'intitulé « Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ». Les remboursements indiqués dans les tableaux s'appliquent à tous les actes réalisés par des médecins adhérents à l'OPTAM, dans la limite des pourcentages prévus.

Concernant les soins dispensés au titre de la parodontologie, un agent a dans son contrat référencé actuel de la MGEN ou MGAS, ses frais qui sont remboursés à hauteur de 400 €. Dans le contrat proposé par la MGAS lié à la PSC, est-il vrai que rien n'est prévu en termes de remboursements de frais ?

Voici ce qui est prévu pour la parodontologie dans les garanties MGAS :

- Les actes de parodontologie remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon le niveau de garantie choisi (socle ou option).
- Pour la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, il est prévu un remboursement de 80€/an pour le bilan parodontal.

Commentaire CFDT : Il est recommandé de se référer aux tableaux de garanties pour évaluer les taux de couverture des postes de soin afin d'évaluer les besoins propres à chacun. Pour les questions personnelles et complexes, il est possible d'interpeler également la MGAS.

A quoi correspond un verre très complexe dans les garanties proposées ?

Un verre très complexe, dans le cadre des garanties MGAS, correspond à un type de verre optique destiné à corriger des troubles visuels particuliers ou des besoins spécifiques. Voici comment il est défini dans les garanties :

- Il s'agit de verres spécialisés, qui peuvent inclure :
 - Des verres multifocaux ou progressifs avec des corrections importantes (par exemple, sphériques hors zone de -4 à +4 dioptries, ou sphéro-cylindriques avec des valeurs élevées de cylindre ou de sphère).
 - Des verres unifocaux ou sphéro-cylindriques avec des corrections très élevées (par exemple, sphère < -8 ou sphère > +8, ou somme sphère + cylindre > +8).
 - Des verres adaptés à des pathologies particulières ou à des besoins visuels très spécifiques.
- La classification précise (simple, complexe, très complexe) dépend de la correction optique indiquée sur votre ordonnance.

Pour les agents handicapés ayant une déficience motrice, pouvez-vous nous confirmer qu'aucune garantie financière n'est prévue pour les personnes souhaitant acheter un fauteuil roulant ou des chaussures orthopédiques spécialisées ? Pour ces agents, existe-il une garantie pour les frais d'intervention à domicile (infirmiers, auxiliaires médicaux...), pour les frais de rééducation et d'hospitalisation dans des centres spécialisés et pour les médicaments non pris en charge ou mal remboursés par l'Assurance maladie ?

Concernant la prise en charge pour les agents handicapés ayant une déficience motrice :

- Achat de fauteuil roulant ou de chaussures orthopédiques spécialisées :
 - Les garanties prévoient la prise en charge du grand appareillage, des orthèses et du petit appareillage, dans la limite des pourcentages indiqués dans le tableau de garanties (par exemple : 100 % à 300 % de la base de remboursement selon l'option choisie).
 - Les chaussures orthopédiques spécialisées et les fauteuils roulants sont inclus dans la catégorie du matériel médical ou du grand appareillage, sous réserve qu'ils soient acceptés et remboursés par le régime obligatoire.
 - Si le produit n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale, il peut exister un forfait ou une prise en charge spécifique selon l'option, mais uniquement dans la limite des garanties prévues.
- Frais d'intervention à domicile (infirmiers, auxiliaires médicaux...) :
 - Les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) sont remboursés jusqu'à 200 % de la base de remboursement.
 - L'aide à domicile peut également être prévue dans le cadre de l'assistance, notamment en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation, avec un nombre d'heures défini selon la situation.
- Frais de rééducation et d'hospitalisation dans des centres spécialisés :
 - Les frais d'hospitalisation (honoraires, forfait journalier, frais de séjour, chambre particulière, etc.) sont pris en charge selon les taux indiqués dans le tableau de garanties.
 - Les soins de suite, de réadaptation et la rééducation sont inclus dans les garanties hospitalisation, avec des plafonds spécifiques pour la chambre particulière selon la durée et le type d'établissement.
- Médicaments non pris en charge ou mal remboursés par l'Assurance maladie :
 - Les médicaments pris en charge par le régime obligatoire sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.
 - Pour la pharmacie prescrite non prise en charge par le régime obligatoire, un forfait annuel peut être prévu selon l'option choisie.

Pour les ayants droits d'un agent ayant une déficience mentale, quelles sont les garanties pour les consultations de spécialiste ou de psychiatrie, les frais d'hospitalisation et les médicaments non pris en charge ou mal remboursés par l'Assurance maladie ?

Les ayants droit d'un agent ayant une déficience mentale bénéficient entre autres d'une couverture pour :

- Les consultations de psychiatres et spécialistes concernés.
- Les frais d'hospitalisation, y compris en psychiatrie.
- Les médicaments, selon leur prise en charge par le régime obligatoire ou via un forfait spécifique.

**Pour plus d'information ou pour des précisions complémentaires
la CFDT invite les agents à prendre attache auprès de la MGAS.**

Conseillers MGAS :

- ☎ 0 805 951 741 (appel gratuit) du lundi au vendredi de 8h30 à 20h30 et le samedi de 9h00 à 12h00
- @ contact.mso@mgas.fr