

SYNTHÈSE DU MARCHÉ SANTE 2027

Note d'information sur les garanties et les cotisations

1. Présentation et Modalités Générales

Dans le cadre de la réforme de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) et en application des dispositions du Code général de la fonction publique (CGFP), le **Centre de Gestion des Hautes-Alpes (CDG 05)** a mis en place un marché groupé en santé au bénéfice des collectivités et établissements publics du département 05.

- **Date de prise d'effet** : 1er janvier 2027, pour une durée de 6 ans
- **Caractère du contrat** : Contrat à adhésion facultative

2. Structure des Niveaux de Garanties (N1, N2, N3)

Le contrat complémentaire santé propose **3 niveaux de garanties progressifs** (N1, N2, N3) afin de s'adapter aux besoins de couverture des agents et de leurs ayants droit, tout en respectant les exigences du panier de soins réglementaire.

Soins courants			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
<i>Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr</i>			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	175%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	155%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	225%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	175%	225%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	155%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	225%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	200%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	100%	100%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	100%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments à service médical rendu (SMR) majeur (65%)	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu (SMR) modéré (30%)	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu (SMR) faible (15%)	100%	100%	100%
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)			
Traitements, aide à la vie, aliments et pansements	100%	150%	200%
Orthèses et prothèses externes	100%	150%	200%
Prothèses et accessoires capillaires :			
Prothèse capillaire - classe I		100% du prix limite de vente (PLV)	
Prothèse capillaire - classe II		100% du prix limite de vente (PLV)	
Prothèse capillaire - classe III		450 €	700 € 1 000 €
Prothèse capillaire - classe IV		500 €	900 € 1 300 €
Implants et greffons tissulaires d'origine humaine		200%	300% 400%
Véhicules pour handicapés physiques :			
Location de courte durée		100% du prix limite de vente (PLV)	
Achat neuf		100%	100%
Location de longue durée		100%	100%
Dispositifs médicaux invasifs		100%	150% 200%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Médecines douces (par an) (professionnels inscrits au registre RPPS ou liste ADELI)	50 €	200 €	400 €
Médicaments prescrits, y compris homéopathie (par an)	/	60 €	120 €
Tous contraceptifs prescrits (par an)	/	/	120 €
Vaccins (par an)	/	/	60 €
Sevrage tabagique (par an)	/	/	60 €
Matériel médical (par an)	/	200 €	400 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuaire.sante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	175%	225%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	155%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	175%	225%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	155%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier et psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	30 €	3% PMSS	3% PMSS
Forfait frais accompagnant enfant moins de 18 ans (par jour)	/	3% PMSS	3% PMSS

Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Équipement complet		100% du prix limite de vente (PLV)	
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
Remboursement de l'équipement, la monture étant limitée à :	30 €	60 €	100 €
a) Équipement à verres simples	100 €	100 €	180 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	160 €	250 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	220 €	300 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	165 €	180 €	280 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	250 €	260 €	400 €
f) Équipement à verres très complexes	300 €	350 €	500 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime	100 €	160 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	160 €	400 €
Chirurgie de l'œil (par œil, par an et par bénéficiaire)	200 €	200 €	400 €

Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	225%
Traitement d'orthodontie	150%	250%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)		Remboursement intégral	
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	160%	250%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	160%	250%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	250% BR Rec.	400% BR Rec.
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	250% BR Rec.	400% BR Rec.
Parodontologie (par an)	/	/	/
Implants (forfait par an et par bénéficiaire)	320 €	320 €	320 €

Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Équipement complet		Remboursement intégral	
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prise en charge de séances d'activité physique adaptée (APA - D 1172-2 CSP)	200 €	200 €	200 €
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €

3. Grille des Cotisations Mensuelles TTC par Composition Familiale

Les montants des cotisations sont établis en fonction de la structure du foyer (Isolé, Duo, Famille) et de la situation de l'adhérent (Actif ou Retraité).

Catégorie	Composition Familiale	Niveau 1 TTC	Niveau 2 TTC	Niveau 3 TTC
Actifs	Isolé	47,34 €	62,66 €	78,56 €
	Duo (couple ou 1 adulte + 1 enfant)	86,35 €	114,46 €	143,82 €
	Famille (3 personnes et plus)	114,74 €	153,83 €	193,76 €
Retraités	Isolé	85,97 €	113,66 €	142,22 €
	Duo (couple ou 1 adulte + 1 enfant)	157,55 €	209,26 €	263,46 €
	Famille (3 personnes et plus)	184,04 €	247,01 €	310,16 €

Participation Financière de l'Employeur :

Conformément à la réglementation relative à la Protection Sociale Complémentaire (PSC) en santé (décret 2022), les collectivités territoriales accordent une participation financière au bénéfice de leurs agents adhérant au contrat. Le montant minimum est de 15€ par agent (sans proratisation possible).