

CIRCULAIRE N° 2026 - 05

Châlons-en-Champagne, le 21 Juillet 2026

Le Président du Centre de Gestion
à
Mesdames et Messieurs les Maires
Mesdames et Messieurs les Présidents
d'Etablissements Publics Communaux

PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE VOLET SANTE RESULTAT DE L'APPEL PUBLIC A LA CONCURENCE

I. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 a posé le cadre de la protection sociale complémentaire en introduisant l'obligation de participation des employeurs publics à compter du 1er janvier 2026 en matière de Santé et a confirmé le rôle d'expertise des Centres de Gestion, pour conclure des conventions de participation pour le compte des collectivités territoriales et leurs établissements publics de leur ressort. Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 est venu en préciser les modalités.

Par ailleurs, un accord collectif national signé le 11 juillet 2023 par les associations d'employeurs territoriaux et les organisations syndicales représentatives de la fonction publique territoriale prévoyait notamment la généralisation de l'accès aux garanties par les agents via une offre organisée par leur employeur. La loi n° 2025-1251 du 22 décembre 2025 relative à la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux est venue en entériner les principes.

II. LES ENJEUX

Pour les agents :

- Accès à une couverture santé de qualité et abordable du fait de l'effet mutualisateur de l'ensemble des employeurs territoriaux adhérents
- Evite l'ajout de problématique financière à des situations de santé difficiles
- Renforce le sentiment d'appartenance à la collectivité

Pour les employeurs :

- Participe à l'attractivité de la collectivité et favorise les recrutements
- Uniformise les politiques sociales entre employeurs territoriaux

III. LA PROCEDURE MISE EN ŒUVRE

Dans ce contexte, le Centre de Gestion de la Marne accompagné, par un Assistant à Maitrise d'Ouvrage (AMO), a :

- Mis en place un comité paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) composé des représentants des employeurs publics et des organisations syndicales représentatives à l'échelle départementale. Ce comité a eu pour mission de mener la production d'un cahier des charges cohérent avec les besoins des agents du territoire, souhaité par le centre de Gestion afin de favoriser la mise en œuvre d'un contrat concerté et plus facilement accueilli. Le CPPS assurera également le suivi et le pilotage du contrat.
- Réalisé un appel d'offre pour la conclusion **d'une convention de participation à adhésion FACULTATIVE** pour les agents titulaires et non titulaires selon 3 régimes de couverture (détail des garanties en annexe).

Parmi les critères de sélection, nous avons notamment veillé à un encadrement resserré des évolutions tarifaires proposées par les candidats et une attention renforcée sur les conditions d'adhésion, les moyens de gestion, le niveau des conditions de solidarité intergénérationnelle, ainsi que l'accompagnement à la prévention et l'action sociale proposés.

IV. LES RESULTATS

L'offre retenue a été présentée par :

INTERIALE Mutuelle - RELYENS SPS

	Structure de cotisation	Régime 1	Régime 2	Régime 3
INTERIALE/RELYENS	Adulte	1,28%	1,96%	2,35%
	Enfant	0,53%	0,82%	1,08%
R1, R2, R3 : régimes 1, 2 et 3 du contrat. Les taux sont exprimés en pourcentage du PMSS 2026.				
Cotisations mensuelles traduites en Euros :				
	Structure de cotisation	Régime 1 (cotisation mensuelle en €)	Régime 2 (cotisation mensuelle en €)	Régime 3 (cotisation mensuelle en €)
INTERIALE/RELYENS	Adulte	51,26 €	78,50 €	94,12 €
	Enfant	21,23 €	32,84 €	43,25 €

- ➔ L'adhésion des agents ne sera pas soumise à critères d'âge : une cotisation par personne assurée sera attendue selon le régime choisi.
- ➔ Ex : 1 famille monoparentale, avec 2 enfants / choix Régime 2 : $78,50€ + (32,84€ \times 2) = 144,18€$

☞ PRISE D'EFFET LE 1^{ER} JANVIER 2027 POUR 6 ANS

☞ LES TAUX DE COTISATIONS PROPOSES SONT MAINTENUS PENDANT LES TROIS PREMIERES ANNEES DE LA CONVENTION, hors évolutions réglementaires et fiscales, et hors évolution du PMSS. A compter de la 4^{ème} année, le montant de la revalorisation annuelle des taux de cotisations ne pourra excéder 7% d'augmentation, hors évolutions réglementaires et fiscales et hors évolution du PMSS.

Pour rappel, obligation est faite à tous les employeurs territoriaux de participer financièrement à la couverture du risque santé de leurs agents à compter du 1^{er} janvier 2026, par une participation mensuelle minimale de **50% du montant de référence (30€) soit 15€.**

IMPORTANT :

- ➔ En cas d'adhésion de l'employeur territorial à la convention de participation proposée par le Centre de Gestion de la Marne, ce dernier n'aura alors l'obligation de verser sa participation qu'aux seuls agents adhérents à ce même contrat. Tout autre couverture santé/mutuelle présentée ne pourra bénéficier du soutien financier de l'employeur.
- ➔ Rappel : l'adhésion est FACULTATIVE pour les agents.

A NOTER :

- ➔ Pour les agents ayant liquidé leurs droits à la retraite avant le 1^{er} Janvier 2027, un accès à une couverture est possible selon les cotisations suivantes, mais sans participation de l'employeur.

RETRAITE avant 1/1/2027	Structure de cotisation	Régime 1	Régime 2	Régime 3
INTERIALE/RELYENS	Adulte	2,44%	3,79%	4,88%
	Enfant	0,53%	0,82%	1,08%

R1, R2, R3 : régimes 1, 2 et 3 du contrat. Les taux sont exprimés en pourcentage du PMSS 2026.

V. L'ADHESION

- ➔ **Les employeurs ont le choix d'adhérer ou non au contrat collectif proposé.**

Qui peut adhérer :

- Tous les EPCI/Collectivités ayant donné mandat au CDG 51 pour participer à la démarche d'appel d'offre.
- Tous les EPCI/Collectivités de moins de 50 agents n'ayant pas donné mandat au CDG 51 pour participer à la démarche d'appel d'offre.

NE SONT PAS ELIGIBLES les EPCI/Collectivités de plus de 50 agents N'AYANT PAS donné mandat au CDG 51 pour participer à la démarche d'appel d'offre.

Dans la mesure où l'adhésion est subordonnée à la production d'une délibération **ET** de l'avis du **CST local**, nous portons d'ores et déjà à votre attention les informations suivantes :

 **CONCERNANT LES COLLECTIVITES OU ETABLISSEMENTS COMPTANT MOINS DE 50 AGENTS relevant du CST du CDG**

La délibération attendue devra viser l'avis du CST du CDG, qui se prononcera sur le dossier
le 8 septembre 2026.

Cette dernière devra spécifier

- ☞ La participation mensuelle retenue (minimum 15€) et les éventuelles modulations inhérentes possibles selon ces seuls critères :
 - ✓ En fonction du revenu brut du bénéficiaire
 - Et/Ou**
 - ✓ En fonction de la situation familiale

 CONCERNANT LES COLLECTIVITES OU ETABLISSEMENTS COMPTANT PLUS DE 50 AGENTS ET ayant donné mandat au CDG pour lancer la consultation

Il vous appartient de présenter pour avis le projet d'adhésion au contrat collectif proposé par le CDG 51 à votre CST pour mise en œuvre du dialogue social.

Dans un second temps, une délibération devra être prise qui devra spécifier

- ☞ La participation mensuelle retenue (minimum 15€) et les éventuelles modulations inhérentes possibles selon ces seuls critères :
 - ✓ En fonction du revenu brut du bénéficiaire
 - Et/Ou**
 - ✓ En fonction de la situation familiale



Les informations complètes relatives aux :

- ☞ **modalités d'adhésion**
- ☞ **conditions de rémunération du Centre de Gestion**

vous seront communiquées ultérieurement et des réunions d'informations seront programmées à la rentrée.

Les services du Centre de gestion se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le Président du Centre,
Patrice VALENTIN

Maire d'ESTERNAY,
Membre du CRO du CNFPT Grand Est

Votre contact :
Service assurance
03 26 69 99 16
Risque.sante@cdg51.fr

ANNEXE

Régimes attendus par le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Marne et les employeurs publics

La couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

GARANTIES		Prestations ⁽¹⁾		
		Régime 1	Régime 2	Régime 3
ACTES COURANTS				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
	Actes techniques médicaux OPTAM (actes de spécialités)	120% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
	Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100% de la BR	125% de la BR	200% de la BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100% de la BR	105% de la BR	180% de la BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Dispositif "Mon soutien psy"		100 % de la BR	100 % de la BR	100% de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Médicaments (pharmacie dont vaccins et contraception prescrite et prise en charge)		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Contraception prescrite non remboursée par la sécurité sociale - forfait annuel		0 €	20 €	100 €
Transport		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité, psychiatrie et SSR)				
Soins et frais de séjour hospitaliers		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM ACO		125% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / NON OPTAM ACO		105% de la BR	180% de la BR	200% de la BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences		100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière avec nuitée (par jour et sans limite)		30 €	70 €	80 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour et sans limite)		10 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnement enfant de - 16 ans (par jour et sans limite)		20 €	30 €	40 €
DENTAIRE ⁽²⁾				
Soins et prothèses « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF		100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES (dans la limite des HLF. Y compris Inlay - Onlay)		150% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES (y compris Inlay - Onlay)		150% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Soins hors « 100 % santé »		100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par prothèse, dans la limite de 3 prothèses par an)		100 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		150% de la BR	350% de la BR	425% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)		0 €	150 €	300 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)		60 €	200 €	300 €

Implants (par an)	100 €	600 €	900 €
AUDIOLOGIE			
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV, à compter du 1er janvier 2021	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement auditif hors «100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1er janvier 2021)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 400 €	100% de la BR + 600 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans et par bénéficiaire		
Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
OPTIQUE			
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES ; remboursement par équipement (<u>dont remboursement de la monture limité à 100 €</u>)			
Verres simples	150 €	250 €	350 €
Verres complexes	300 €	400 €	500 €
Verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Périodicité	1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)	100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (par œil)	0 €	150 €	300 €
AUTRES PRESTATIONS			
Véhicule pour personnes en situation de handicap - location de courte durée - Prise en charge dans la limite des PLV (4)	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement « 100 % santé » - Prothèse capillaires de classe II - Prise en charge dans la limite des PLV (4)	100% FR	100% FR	100% FR
Cure thermale acceptée : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport ⁽²⁾ (par an)	100% de la BR + 50 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 300 €
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, mésothérapeute, micro-kinésithérapeute, réflexologue, diététicien, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, psychologue) (3) (par an)	75 €	150 €	200 €
Vaccins antigrippal, vaccins pris en charge par la sécurité sociale, contraception sur prescription médicale	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Petit appareillage, pansements, accessoires	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Orthopédie (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Prothèses mammaires, prothèses oculaires, prothèses capillaires de classes III et IV (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Grand appareillage (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL (par an, sur présentation d'une facture de pharmacie)	30 €	60 €	100 €
Actes de prévention (définis par arrêté du 8 juin 2006)	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale. Elles s'entendent par bénéficiaire.

(2) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

(3) Praticiens reconnus dans les annuaires professionnels de santé

(4) En application des dispositions du décret n° 2025-1131 du 26 novembre 2025

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale – BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée

FR : Frais Réels – TM : Ticket Modérateur – OPTAM/ OPTAM ACO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Anesthésie Chirurgie et Obstétrique - PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation.

* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.