

## Cotisations

Le montant de la cotisation est directement prélevé sur le salaire brut et se calcule comme suit :

Si le salaire brut est inférieur au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3925 € en 2025) :

**0.904% du salaire brut\* + un forfait de 5,63 €.**

Si le salaire brut dépasse le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3925 € en 2025), la cotisation se calcule comme suit :

**0,856% du salaire brut\* + un forfait de 11,02 €**

**Le conjoint à charge (CAC)** figure sur la carte vitale de l'agent. *Il s'agit du conjoint n'ayant pas de revenus d'activité ou de remplacement supérieurs au plafond d'attribution de la complémentaire santé solidaire sans participation financière pour une personne, environ 847 euros brut mensuel pour la période du 01<sup>er</sup> avril 2024 au 31 mars 2025 (article L.861-1 du code de la sécurité sociale).* Il faudra alors compléter une attestation sur l'honneur disponible sur l'espace personnel Malakoff, pour déclarer son conjoint à charge en tant que bénéficiaire. Il n'y a ainsi aucune cotisation supplémentaire à payer. La cotisation de base couvrant l'agent et son conjoint à charge.

**Le conjoint non à charge (CNAC)** peut être rattaché au contrat en payant une cotisation supplémentaire qui sera prélevée de manière mensuelle directement sur le salaire de l'agent. Deux options possibles :

- Avec mutuelle, le conjoint souhaite une mutuelle en complément de la sienne.
- Sans mutuelle, le conjoint n'a pas de mutuelle et bénéficiera des mêmes garanties que l'agent.

Pour réaliser l'affiliation du conjoint, il faudra prendre contact auprès du service rémunération et gestion du personnel via C'ZAM : *Ma vie de collaborateur > Santé > Mutuelle et Prévoyance.*

Situation Conjoint Non à Charge		Tarifs mensuel 2022-2023	Tarif mensuel à compter de 2024
Régime Général	CNAC sans Mutuelle	103,77 €	110,67 €
	CNAC avec Mutuelle	56,74 €	58,73 €

## Cotisation du conjoint

## Sur complémentaire Santé facultative

### Populations concernées

**Agents en activité**, en contrat à durée indéterminée ou déterminée ou en contrat de travail aidé, régis par la Convention Collective Nationale de Pôle Emploi et ceux relevant du décret statutaire n° 2003-1370 du 31 décembre 2003, les fonctionnaires détachés ainsi que ses ayants droit (enfants et conjoint à charge au sens du contrat).

**Le conjoint non à charge au sens du contrat ne bénéficiant pas d'une mutuelle par ailleurs**, des agents appartenant à la catégorie de personnel assuré et adhérant aux garanties à la date d'effet du contrat, soit à la date d'entrée de l'agent, soit à l'issue de la période de dispense de l'agent, postérieurement à sa date d'entrée et à la date d'effet du contrat.

### Cotisation mensuelle forfaitaire

OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
3,50 €	3,50 €	10,00 €



Ce dispositif, basé sur 3 options, permet de couvrir les restes à charge éventuels, dès lors qu'ils sont hors du contrat d'accès aux soins : en cas d'hospitalisation (option 1), pour les consultations de spécialistes (option 2), en cas d'hospitalisation ET pour les consultations de spécialistes (option 3).

Dans le cadre d'un départ à la retraite, les agents peuvent s'affilier, afin de conserver les mêmes garanties de couverture santé à un tarif préférentiel, en tant qu'anciens salariés de France Travail.

Un Bulletin individuel d'affiliation devra être complété et renvoyé auprès de Malakoff soit par courrier ou via l'espace personnel de l'agent. Ce bulletin comprend l'affiliation des ayants droit et éventuellement du conjoint non à charge. Il est disponible sur le site de Malakoff dans l'onglet « Mes notices ».

- Avant le départ en retraite, l'employeur prend en charge 75% de la cotisation totale. Ainsi, l'agent cotise uniquement sur les 25% restants.
- Au moment du départ en retraite, l'agent ne faisant plus partie de l'effectif, la cotisation patronale n'est plus prise en charge par l'employeur. Il revient à l'agent retraité de la reprendre à sa charge. Par ailleurs, cette cotisation forfaitaire reste une cotisation bénéficiant d'un tarif préférentiel.

Populations concernées	Cotisation mensuelle forfaitaire 2025
Anciens agents – 1 <sup>ère</sup> année d'adhésion	138,38 €
Anciens agents – 2 <sup>ème</sup> année d'adhésion	172,99 €
Option conjoint non à charge	134,26 €

## Cotisations pour les agents retraités

### MALAKOFF HUMANIS (volet frais de santé)

Téléphone : 09 77 40 06 90

L'application MALAKOFF HUMANIS

❏ MALAKOFF HUMANIS SANTÉ PÔLE EMPLOI  
TSA 80243  
78281 SAINT QUENTIN EN YVELINES CEDEX



qui contacter ?

Les cotisations santé ont augmenté au 1er Janvier 2025, ce qui permet le maintien de l'ensemble des garanties.

**La DG a décidé d'une augmentation de 3,5 % des cotisations mutuelle.**

L'établissement prend en charge le financement des cotisations de la mutuelle à hauteur de 75 %.



**Et si j'ai un souci ou une question ?**

La FSU Emploi est là pour vous aider à faire valoir vos droits, contactez-nous !



GARANTIES



Les garanties ci-dessous viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale		Obligatoire		Surcomplémentaire optionnelle					
		Régime de base		Option 1 (y compris les garanties du régime de base)		Option 2 (y compris les garanties du régime de base)		Option 3 (y compris les garanties du régime de base)	
				conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE ET MATERNITÉ									
Frais de séjour, salle d'opération		600 % BRSS	90 % FR limité à 600 % BRSS						
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale - Actes codifiés en K y compris IVG dans le cadre des dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		600 % BRSS	néant	400 % BRSS	90 % FR limité à 400 % BRSS			400 % BRSS	90 % FR limité à 400 % BRSS
Honoraires déclarés à la Sécurité sociale - Actes codifiés en K y compris IVG hors dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		200 % BRSS	90 % FR limité à 200 % BRSS						
Chambre particulière (frais hospitalisation chirurgicale) hors ambulatoire		3,5 % PMSS/nuit							
Chambre particulière y compris maternité (frais hospitalisation médicale) hors ambulatoire		3,5 % PMSS/nuit							
Chambre particulière en ambulatoire		2,7 % PMSS/jour							
Forfait hospitalier		100 % du forfait							
Frais d'accompagnement		4 % PMSS/ jour (enfant à charge < 14 ans ou adulte > 70 ans)							
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8 <sup>e</sup> jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans		2,5 % PMSS/jour							
Transport (remboursé par la Sécurité sociale)		100 % BRSS							
ACTES MEDICAUX									
Généralistes dans le cadre des dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 300 % BRSS	néant						
Généralistes hors dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 200 % BRSS	90 % FR limité à 200 % BRSS						
Spécialistes dans le cadre des dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 500 % BRSS	néant						
Spécialistes hors dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 200 % BRSS	90 % FR limité à 200 % BRSS			300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS	300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS
Actes d'imagerie médicale dont radiologie dans le cadre des dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 500 % BRSS	néant						
Actes d'imagerie médicale dont radiologie hors dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 200 % BRSS	90 % FR limité à 200 % BRSS			300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS	300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité sociale		100 % FR limité à 600 % BRSS - SS							
ACTES MEDICAUX									
Auxiliaires médicaux (honoraires paramédicaux)		200 % BRSS - SS	néant						
Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) dans le cadre des dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 500 % BRSS	néant			300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS	300 % BRSS	90 % FR limité à 300 % BRSS
Actes techniques médicaux effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) hors dispositifs OPTAM <sup>(1)</sup>		100 % FR limité à 200 % BRSS	90 % FR limité à 200 % BRSS						
Médicaments remboursés par Sécurité sociale	à 65 %	100 % BRSS							
	à 30 %	100 % BRSS							
	à 15 %	100 % BRSS							
DENTAIRE									
Soins et prothèses dentaires 100 % santé		Sans reste à payer <sup>(2)</sup>							
Soins et prothèses dentaires autres que 100 % santé	Soins dentaires (y compris inlay simple, onlay)	200 % BRSS							
	Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core - clavette et couronne sur implant)	480 % BRSS							
	Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale	300 % BRSS reconstituée - SS							
	Parodontologie remboursée sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant	300 % BRSS							
	Parodontologie non remboursée	15 % PMSS par an et par bénéficiaire							
	Adjonction d'éléments intermédiaires à une prothèse plurale (bridge)	300 % BRSS reconstituée - SS							
Orthodontie	Orthodontie remboursée	450 % BRSS							
	Orthodontie non remboursée	300 % BRSS reconstituée - SS							
Implantologie	Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	20 % PMSS/implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)						150€/implant (limité à 2 implants/an/bénéficiaire)	

Et si j'ai un souci ou une question ?

La FSU Emploi est là pour vous aider à faire valoir vos droits, contactez-nous !



Les garanties ci-dessous viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale	Obligatoire		Surcomplémentaire optionnelle							
	Régime de base		Option 1 (y compris les garanties du régime de base)		Option 2 (y compris les garanties du régime de base)		Option 3 (y compris les garanties du régime de base)			
	conventionné	non conventionné	conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné		
AIDES AUDITIVES										
Renouvellement limité à un équipement tous les 4 ans par bénéficiaire										
Équipements 100 % SANTÉ : classe I	Sans reste à payer <sup>(1)</sup>									
Équipements autres que 100 % SANTE : classe II	Limité à 1700 € TTC par oreille à appareiller (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale									
Appareil auditif et implant cochléaire remboursé par la Sécurité sociale	25,50 % PMSS/prothèse ou implant									
Appareil auditif non remboursé par la Sécurité sociale	19,50 % PMSS/prothèse									
OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)										
Renouvellement limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans/bénéficiaire sauf :										
<ul style="list-style-type: none"><li>• Bénéficiaires de moins de 16 ans</li><li>• ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue</li></ul>										
Les remboursements s'entendent y compris les remboursements SS										

Garanties en complément des remboursements de la Sécurité sociale	Obligatoire		Surcomplémentaire optionnelle					
	Régime de base		Option 1 (y compris les garanties du régime de base)		Option 2 (y compris les garanties du régime de base)		Option 3 (y compris les garanties du régime de base)	
	conventionné	non conventionné	conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné	conventionné	Non conventionné
Équipements 100 % SANTÉ : Classe A	Sans reste à payer <sup>(2)</sup>							
Équipements autres que 100 % SANTÉ : Classe B	Réseau	Hors réseau*						
Adultes								
Monture adulte	100 €							
Par verre simple - adulte	100 % FR - SS limité à 160 € par verre	100 % FR - SS limité à 120 € par verre						
Par verre complexe - adulte	100 % FR - SS limité à 300 € par verre	100 % FR - SS limité à 250 € par verre						
Par verre très complexe - adulte	100 % FR - SS limité à 350 € par verre							
Enfants								
Monture enfant (moins de 16 ans)	100 €							
Par verre simple - enfant (moins de 16 ans)	100 % FR - SS limité à 160 € par verre	100 % FR - SS limité à 80 € par verre						
Par verre complexe - enfant (moins de 16 ans)	100 % FR - SS limité à 300 € par verre	100 % FR - SS limité à 200 € par verre						
Par verre très complexe - enfant (moins de 16 ans)	100 % FR - SS limité à 350 € par verre							
Lentilles								
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale y compris les lentilles d'adaptation	8 % PMSS par paire							
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables	8,5 % PMSS/an/bénéficiaire							
CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale								
Frais de traitement et honoraires	15 % PMSS (18 jours maxi)							
Frais de voyages et hébergement								
DIVERS								
Prime d'accueil de l'enfant (y compris adoption)	250 € par enfant							
Chirurgie de l'œil non remboursée par la Sécurité sociale	25 % PMSS/œil /an/ bénéficiaire							
Matériel médical (appareil, orthopédie et autres prothèses médicales remboursée Sécurité sociale, hors aides auditives et optique)	365 % BRSS							
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale : anti grippe saisonnière	100 % FR							
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100 % FR							
Forfait actes médicaux > 120 €	100 % du forfait							
Ostéodensitométrie osseuse	2 % PMSS/an/bénéficiaire							
Contraceptifs oraux non remboursés par la Sécurité sociale	5 % PMSS/an/bénéficiaire							
Consultation Diététicien - Lutte contre l'obésité	3 % PMSS/an/bénéficiaire							
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 €/an/bénéficiaire							
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) <sup>(4)</sup>	35 €/séance avec maxi 4 séances/an/bénéficiaire						35 €/séance avec maxi 2 séances/an/bénéficiaire	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances/an/bénéficiaire							
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage tous les 5 ans/ bénéficiaire							
Actes de prévention : L'ensemble des actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale	100 % BRSS							

\* Le tarif «réseau» est appliqué lorsque l'agent a recours à un opticien hors réseau dès lors qu'aucun opticien du réseau n'est présent dans un rayon de 100 km autour de son domicile

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais réels - PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale

(1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, consulter le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr).

(2) Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation.

(3) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

(4) Actes réalisés en France : Ostéopathie, Psychologue, Pédiure-podologue non remboursé, Chiropractie

## Et si j'ai un souci ou une question ?

La FSU Emploi HdF est là pour vous aider à faire valoir vos droits, contactez-nous !



FaceBook FSU  
Emploi HdF



Mail FSU  
Emploi HDF



Instagram FSU  
Emploi HDF



[www.fsuemploi-hdf.fr](http://www.fsuemploi-hdf.fr)