

## Mutuelle : Frais de santé

### 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 01er 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 €
	CNAC avec Mutuelle	56,74 €

### 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 cojoint 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 adhérent 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 €

**i** 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.

### Cotisations pour les agents retraités

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

### 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



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 !



Facebook FSU  
Emploi HdF



Mail FSU  
Emploi HDF



Instagram FSU  
Emploi HdF



www.fsuemploi-hdf.fr

# Mutuelle : Frais de santé

## 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	conventionné	Non conventionné
<strong>HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, PSYCHIATRIQUE ET MATERNITÉ</strong>								
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							
<strong>ACTES MEDICAUX</strong>								
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							
<strong>ACTES MEDICAUX</strong>								
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						
<strong>Médicaments remboursés par Sécurité sociale</strong>	à 65 %	100 % BRSS						
	à 30 %	100 % BRSS						
	à 15 %	100 % BRSS						
<strong>DENTAIRE</strong>								
Soins et prothèses dentaires 100 % santé	Sans reste à payer <sup>(2)</sup>							
<strong>Soins et prothèses dentaires autres que 100 % santé</strong>	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 gingivectomy étendue à un sextant	300 % BRSS						
	Parodontologie non remboursée	15 % PMSS par an et par bénéficiaire						
<strong>Orthodontie</strong>	Adjonction d'éléments intermédiaires à une prothèse plurielle (bridge)	300 % BRSS reconstituée - SS						
	Orthodontie remboursée	450 % BRSS						
<strong>Implantologie</strong>	Orthodontie non remboursée	300 % BRSS reconstituée - SS						
	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 !



# Mutuelle :

## Frais de santé

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								
<b>AIDES AUDITIVES</b>																
Renouvellement limité à un équipement tous les 4 ans par bénéficiaire																
Équipements 100 % SANTÉ : classe I	Sans reste à payer <sup>(2)</sup>															
Équipements autres que 100 % SANTÉ : 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															
<b>OPTIQUE - EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres)</b>																
Renouvellement limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans/bénéficiaire sauf :																
• Bénéficiaires de moins de 16 ans • ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue																
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
<b>Équipements 100 % SANTÉ : Classe A</b>								
Sans reste à payer <sup>(2)</sup>								
Équipements autres que 100 % SANTÉ : Classe B	Réseau	Hors réseau*						
<b>Adultes</b>								
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							
<b>Enfants</b>								
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							
<b>Lentilles</b>								
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							
<b>CURE THERMALE remboursée par la Sécurité sociale</b>								
Frais de traitement et honoraires	15 % PMSS (18 jours maxi)							
Frais de voyages et hébergement								
<b>DIVERS</b>								
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							
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	2 séances/an/bénéficiaire							
Dépistage des troubles de l'audition par audiомétrie 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.

(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, Pédicure-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