 **Protection Sociale Complémentaire**

**Risque Santé**

**Saisine du Comité Social Territorial**

**Rappel :**

*L’ordonnance n° 2021-175 prévoit la participation obligatoire des employeurs territoriaux au financement des garanties de la PSC (santé et prévoyance) de leurs agents publics, quel que soit leur statut.*

*Le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 précise les garanties minimales au titre de la protection sociale complémentaire et définit les montants de référence permettant de déterminer la participation minimale obligatoire des employeurs au financement des cotisations destinées à couvrir les risques :*

* *Prévoyance : 7 € minimum / agent, à compter du 1er janvier 2025*
* *Santé : 15 € minimum / agent, à compter du 1er janvier 2026*

**Informations relatives à la Collectivité / l'Etablissement**

Nom de la Collectivité / l'Etablissement :

Adresse postale :

Personne chargée du dossier : Tél. :

 Mail :

Nombres d’agents concernés par la PSC :

* titulaires :
* stagiaires :
* contractuels (droit public et/ou privé)

**La collectivité/l’établissement verse déjà une participation au titre de :**

❑ la Santé ❑ la Prévoyance ❑ aucun des deux

**Pour la participation Santé, la collectivité/l’établissement a fait le choix *(un seul choix possible***) **:**

|  |
| --- |
| * **du contrat collectif à adhésion facultative proposé par le CDG82 via MNT**

Suite à une procédure de consultation, le Conseil d’Administration du CDG82, par délibération du 8 août 2023, a sélectionné comme organisme assureur la MNT pour la conclusion de la convention de participation pour la couverture « **Santé** », pour une durée de 6 ans à compter du 01/01/2024.NB : Dans ce cas, seuls les agents qui souscriront au contrat proposé par la collectivité pourront bénéficier de la participation financière de l’employeur. |
| * **d'un autre contrat collectif**

Après mise en concurrence, la collectivité/l’établissement a choisi de souscrire, pour la couverture "**Santé**", un contrat collectif à adhésion :🞏 facultative 🞏 obligatoireauprès de l'organisme : …………………………….…………………………………………….……….…….. pour une durée de ……… ans à compter du ……………………...NB : Dans ce cas, seuls les agents qui souscriront au contrat collectif proposé par la collectivité/l'établissement pourront bénéficier de la participation financière de l’employeur. |
| * **de la Labellisation**

NB : Dans ce cas, chaque agent est libre de choisir l’organisme de son choix pour la couverture "**Santé**". L’agent pourra bénéficier de la participation financière de l’employeur à conditions que le contrat qu'il a choisi soit labellisé ([cf. liste des contrats et règlements labellisés](https://www.collectivites-locales.gouv.fr/fonction-publique-territoriale/protection-sociale-complementaire)). |

**Montant de la participation employeur au titre du risque Santé :**

L’employeur envisage de verser : …………………€ par agent et par mois\*, à compter du ……./……./………

Il est prévu une modulation : ❑ NON ❑ OUI

Si oui, la modulation est fonction :

❑ des revenus ❑ de la situation familiale

Précisez : …………………………………………………………………………….……………………………………………………

……………..…………………………………………………..………………………………………………………..…………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*\* : montant forfaitaire. Pas de proratisation en fonction du temps de travail de l'agent*

Fait à Cachet et signature de l’autorité territoriale

Date