



**VICE-RECTORAT
DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE
DIRECTION GÉNÉRALE
DES ENSEIGNEMENTS**

Pôle Fonctions Structures
Division rémunérations et retraites

Division des Rémunération et retraites
VR/DRR
n° 3211-
Affaire suivie par :
Isabelle MAGGIA-VALDERRAMA
Chef de la division des rémunérations et retraites
Coordonnateur académique paye
Tél : (+687) 26 61 95
Mél : ce.drr@ac-noumea.nc
1, avenue des Frères Carcopino
BP G4 - 98848 Nouméa Cedex

Nouméa, le 21 février 2022

L'inspecteur général de l'éducation,
du sport et de la recherche,
vice-recteur de la Nouvelle-Calédonie,
directeur général des enseignements

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement
Madame la directrice
diocésaine de l'enseignement catholique
Monsieur le directeur
de l'alliance scolaire de l'église évangélique et de la
fédération de l'enseignement libre protestant

AFFICHAGE OBLIGATOIRE

Objet : remboursement partiel des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé pour les agents ayant souscrit un contrat auprès d'un ORGANISME METROPOLITAIN(*)

Réf :

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021

PJ :

Annexe 1 : demande de remboursement

Annexe 2 : modèle attestation

Dans le cadre de la réforme de la protection sociale complémentaire des agents civils et militaires de l'Etat prévue par l'ordonnance du 17 février 2021, les employeurs publics de l'État remboursent à leurs agents, à compter du 1er janvier 2022, une partie des cotisations de protection sociale complémentaire.

Vous trouverez ci-dessous les dispositions concernant la mise en œuvre de ce dispositif.

CHAMP D'APPLICATION

Les agents concernés doivent :

Être dans l'une des positions ou situations suivantes :

- en activité ;
- en détachement ou congé de mobilité ;
- en congé parental ;
- en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature ;
- en congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- ou en position, situation ou congé de toute nature donnant lieu au versement d'une rémunération, d'un traitement, d'une solde, d'un salaire ou d'une prestation en espèces versée par l'employeur.

Avoir souscrit un contrat de complémentaire santé éligible au remboursement (*)

L'agent doit être bénéficiaire d'un contrat ou règlement de protection sociale complémentaire destiné à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à titre individuel ou en qualité d'ayant-droit.

Les cotisations doivent être versées par l'agent en qualité de titulaire du contrat ou d'ayant-droit à l'un des organismes suivants : une mutuelle, un institut de prévoyance ou à une entreprise d'assurance.

MODALITES D'ATTRIBUTION ET DE PAIEMENT

Le remboursement de la participation PSC s'effectuera impérativement sur la formulation d'une demande *via* les imprimés de demande de remboursement et d'attestation de l'organisme (joint à la présente note).

Ces documents dûment complétés devront être adressés :

- soit par voie dématérialisée sous format PDF à : ce.drr@ac-noumea.nc
intitulés des fichiers :
PSC2022_DDE_NOM PRENOM_ETS
PSC2022_ATTTEST_NOM PRENOM_ETS
- soit sous version « papier » par la voie hiérarchique à : division des rémunérations et retraites

Montant du remboursement :

Le montant du remboursement est forfaitaire. Il est fixé à 15 euros par mois civil, quel que soit le montant des cotisations mensuelles versées par l'agent. S'agissant toutefois d'un remboursement, **le montant est nécessairement limité aux frais réellement exposés par l'agent**. Le remboursement est donc versé dans la limite des cotisations effectivement payées par l'agent. Ainsi, l'agent dont le montant mensuel des cotisations PSC est de 13 € verra le montant du remboursement plafonné à 13 €.

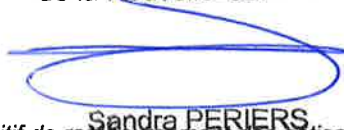
Le montant du remboursement ne tient pas compte de la quotité du temps de travail et tout mois partiellement travaillé donne lieu au versement du remboursement dans son intégralité. Dans ce contexte, pour les personnels en séjour affectés et pris en charge à compter de la pré-rentrée scolaire 2022, le paiement interviendra à compter du mois de mars sans effet rétroactif, la période janvier et février relevant de l'académie d'origine.

MISE EN PAIEMENT

A l'issue de la validation de la demande, le montant figurera sur le bulletin de salaire sous la rubrique **participation PSC**.

Une fois la demande validée, tout changement de situation qui aurait pour conséquence de modifier les droits au remboursement devra être signalé. Des contrôles *a posteriori* des situations pourront être effectués à tout moment ; les documents requis pour justifier de l'éligibilité devront être transmis dans un délai de deux mois à compter de la notification du contrôle, sous peine d'interruption du versement.

La secrétaire générale du vice-rectorat,
direction générale des enseignements
de la Nouvelle-Calédonie



Sandra PERIERS

() Le II de l'article 4 de l'ordonnance du 17 février 2021 a prévu que le dispositif de remboursement des cotisations « [était] réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ». Or, en application de l'article 22 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie, la protection sociale est une compétence qui relève exclusivement de la Nouvelle-Calédonie. Ainsi, les conditions prévues aux articles L. 871-1, L. 862-4, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale, auxquelles doivent satisfaire les contrats responsables et solidaires (exclure toute sélection médicale à la souscription ainsi que la tarification des cotisations en fonction de l'état de santé du bénéficiaire, couvrir un niveau minimal et maximal de garanties en santé, exprimées notamment au regard des tarifs de responsabilité), ne trouvent pas à s'appliquer en Nouvelle Calédonie.*

Par conséquent, en l'état actuel de la réglementation, les cotisations en santé versées par les agents de la Fonction Publique Etat aux mutuelles locales de la Nouvelle-Calédonie ne sont pas éligibles au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations santé tel que défini par l'ordonnance PSC du 17 février 2021.



ANNEXE 1

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT FORFAITAIRE DES COTISATIONS
DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE EN SANTE**

Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Attention : Il convient de joindre à cette demande l'attestation émise par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat est conclu et au titre duquel les cotisations en matière de santé lui sont versées par voie dématérialisée format PDF à ce.drr@ac-noumea.nc ou par courrier par la voie hiérarchique.

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénom(s) (prénom usuel souligné)	
N° INSEE	
Etablissement d'affectation	

Je demande le remboursement forfaitaire des cotisations versées au titre d'un contrat de complémentaire santé :

Nom de l'organisme complémentaire	
<input type="checkbox"/>	Titulaire
<input type="checkbox"/>	Ayant-droit

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement tout changement de ma situation individuelle qui aurait pour conséquence de modifier mes droits au remboursement.

A _____, le _____

Signature de l'agent



ANNEXE 2

**[Nom de l'organisme complémentaire]
[Identification de l'organisme complémentaire]**

A [Ville], le [Date]

Destinataire
[Civilité]
[Nom et Prénom de l'assuré]
[Coordonnées de l'assuré]

Objet : Attestation en vue du bénéfice du remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l'État

Je soussigné, [Nom de l'organisme complémentaire] enregistré [Données d'enregistrement de l'organisme complémentaire], atteste que :

- [Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré]
- [NIR]

Lorsque l'assuré est le titulaire du contrat

est titulaire du [Contrat / Règlement], [Numéro du contrat]. Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Lorsque l'assuré est ayant droit du titulaire du contrat

est couvert en qualité d'ayant droit du [Contrat / Règlement], [Numéro du contrat]. Ce [Contrat / Règlement] couvre les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et respecte les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et que sa couverture ne fait pas l'objet d'une participation financière de l'employeur du titulaire du contrat.

Le montant des cotisations versées au titre de la couverture de [Civilité] [Nom et Prénom de l'assuré] s'élève à [Montant en euros] [Par an / Par mois]. Le bénéficiaire est couvert par le contrat susmentionné depuis le [date].

Cette attestation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

**[Signature]
[Cachet de l'organisme complémentaire]**