

CAHIER DES CHARGES

Pouvoir adjudicateur :

Ville d'Angoulême

Pôle ressources – Service mutualisé de la commande publique
25, Boulevard Besson Bey
16023 Angoulême Cedex

Objet De la convention:

Conclusion d'une convention de participation pour la mise en œuvre d'un régime de **protection sociale complémentaire de prévoyance et frais de santé** pour l'ensemble du personnel de la ville et CCAS d'Angoulême et de la Communauté d'Agglomération du Grand Angoulême

Procédure utilisée :

Procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, pour la conclusion d'une convention de participation établie en application des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Référence de la convention : xxxxxxxxxxxxxxxx

Date et heure limites de réception des offres : xx/xx/2015 à 12H

SOMMAIRE

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONSULTATION.....	4
ARTICLE 2 – ENGAGEMENT RECIPROQUE DES PARTIES.....	4
ARTICLE 3 – DURE DES ENGAGEMENTS RECIPROQUES.....	4
ARTICLE 4 – RESILIATION.....	5
ARTICLE 5 – TRAITEMENT DE REFERENCE.....	5
ARTICLE 6 - PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 7 - BENEFICIAIRES.....	7
.....	7
a.Prévoyance.....	7
b.Frais de santé.....	8
ARTICLE 8 - INFORMATION DES BENEFICIAIRES.....	9
a.Notice d’information	9
b.Modification des garanties	9
ARTICLE 9 - CONDITIONS D’ADMISSION EN PREVOYANCE.....	10
a.A la souscription au contrat ou au règlement	10
b.Après la date d’adhésion au contrat ou au règlement	10
c.Résiliation des contrats en cours	11
ARTICLE 10 - PRISE D’EFFET ET DUREE DES GARANTIES	11
ARTICLE 11 - REVALORISATION DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 12 – EVOLUTION DES COTISATIONS	12
ARTICLE 13 - GESTION DE LA POPULATION ASSURÉE	14
ARTICLE 14 - DESCRIPTIF DES GARANTIES EN PREVOYANCE.....	14
a.Incapacité Temporaire Travail	15
Objet et définition de la garantie.....	15
Règle de cumul	16
Période de franchise.....	16
Terme du versement	17
Maintien des prestations	18
b.Invalidité.....	18
Objet et définition de la garantie	18
Règle de cumul	19

Terme du versement	19
Maintien des prestations	19
c. Perte de retraite.....	19
Objet et définition de la garantie	19
Règle de cumul	20
Terme du versement	20
Maintien des prestations	20
ARTICLE 15 - CONTRÔLE MÉDICAL	20
ARTICLE 16 - DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	22
a. Périmètre de la couverture.....	22
b. Contrat solidaire et responsable.....	22
c. Niveau des prestations.....	23
ARTICLE 17 – LES OBJECTIFS	24
a. Les objectifs en matière de suivi technique du régime.....	24
b. Les objectifs en matière de gestion du régime.....	25
Tiers payant.....	26
Interlocuteurs dédiés	26
Engagements de délais de traitement.....	26
ARTICLE 19 – DISPOSITIONS PARTICULIERES.....	27

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONSULTATION

Le pouvoir adjudicateur souhaite, en application des dispositions du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, conclure une convention de participation pour la mise en place d'un **régime de protection sociale complémentaire en prévoyance et frais de santé** pour l'ensemble du personnel (titulaires, stagiaires, contractuels...) de la ville et du CCAS d'Angoulême et de la Communauté d'Agglomération du Grand Angoulême.

Il s'agit d'un **contrat collectif à adhésion facultative**. Par conséquent, la souscription au régime de protection sociale complémentaire est facultative pour l'ensemble du personnel.

Les ayants droit (conjoint et enfant à charge) des agents, les retraités et leurs ayants droit pourront également bénéficier des mêmes garanties frais de santé que les actifs.

La convention de participation mise en œuvre devra être conforme, aux dispositions du *décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents*.

ARTICLE 2 – ENGAGEMENT RECIPROQUE DES PARTIES

La convention sera accompagnée des documents contractuels (article 88-2 de la loi du 26-1-1984) de l'organisme assureur (contrat ou règlement).

L'engagement réciproque des parties résulte, d'une part, de la signature de la convention de participation entre le pouvoir adjudicateur et le(s) organisme(s) assureur(s), et d'autre part, de la signature des différents contrats ou règlements, garantissant la couverture de l'ensemble des risques déterminés au sein du présent cahier des charges.

ARTICLE 3 – DUREE DES ENGAGEMENTS RECIPROQUES

La convention de participation prendra effet le **1^{er} janvier 2016**. La durée de la convention de participation est de **6 ans**. Le terme de la convention est fixé au **31 décembre 2021**.

Toutefois, elle pourra être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant pas excéder un an, soit jusqu'au 31 décembre 2022.

ARTICLE 4 – RESILIATION

Outre les conditions prévues par les différents Codes (Code des Assurances, Code de la Mutualité, Code de la Sécurité Sociale), les conditions générales et particulières, le contrat ou règlement est résiliable annuellement à l'échéance moyennant un **préavis** de :

- **4 mois** pour l'organisme assureur ;
- **2 mois** pour le pouvoir adjudicateur.

En tout état de cause, la résiliation avant le terme de la convention de participation à l'initiative du pouvoir adjudicateur ou de l'organisme assureur, devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 5 – TRAITEMENT DE REFERENCE

- **Agents de droit public**

Base de calcul des cotisations

Le traitement de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :

Traitement Indiciaire Brut (TIB) + Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) + Régime Indemnitaires (RI) tel que défini par le décret de septembre 1991

Le traitement indiciaire brut annuel est donné par la formule $IT \times VP$.

- IT : représentant l'indice de traitement nouveau majoré de l'assuré.
- VP : représentant la valeur du point indice.

Base de calcul des prestations

S'agissant du calcul des prestations, la base de garantie est définie comme étant le traitement de référence net, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

- **Agents de droit privé**

Base de calcul des cotisations

Le traitement de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la somme de :

Rémunération brute + primes et indemnités récurrentes

Base de calcul des prestations

La base de calcul des prestations est définie comme étant le traitement de référence net que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

ARTICLE 6 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement.

S'agissant des cotisations des actifs et de leurs ayants droit (conjoint et enfants à charge), elles sont prélevées mensuellement sur les traitements des agents et versées au prestataire dans un délai de **30 jours** suivant le dernier jour du mois, au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

A cette fin, l'organisme assureur s'engage à établir des quittances ou des attestations d'appel de prime et les transmettre mensuellement au pouvoir adjudicateur avant le **5** de chaque mois, avec un fichier comprenant les noms, prénoms, n° de sécurité sociale, montant des cotisations santé et montant de la cotisation prévoyance. Les modalités de mise en place du précompte seront précisées ultérieurement.

Concernant les retraités et leurs ayants droit, les cotisations seront directement acquittées par ces derniers.

ARTICLE 7 - BENEFICIAIRES

a. Prévoyance

Les bénéficiaires des garanties prévoyance sont l'ensemble du personnel du pouvoir adjudicateur, à savoir :

- les fonctionnaires ;
- Les stagiaires ;
- les agents de droit public ;
- les agents de droit privé ;

Les agents détachés ou mis à disposition auprès de la collectivité peuvent également bénéficier de la convention de participation. **Le prestataire ne pourra en aucune manière refuser l'adhésion de l'assuré, quelle que soit la raison invoquée.**

b. Frais de santé

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont :

- L'ensemble du personnel ;
- Les retraités (actuels et futurs) ;
- Le conjoint de l'affilié principal (agent ou retraité), non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à [l'article 515-1](#) du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- La personne vivant en concubinage (au sens de l'article 515-8 du Code civil) avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile.
- Les enfants à charge de l'affilié principal (agent ou retraité), de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - Agés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,

- Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la CMU,
- Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d’alternance aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu’ils justifient de ne bénéficier d’aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
- Quel que soit leur âge, s’ils sont atteints d’une infirmité telle qu’ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l’allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d’attribution de l’allocation précitée mais auxquels celle-ci n’est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

ARTICLE 8 - INFORMATION DES BENEFICIAIRES

a. Notice d’information

Conformément à l’article 19 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, une notice d’information établie par le prestataire, définit les garanties et leurs modalités d’entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Cette notice d’information devra impérativement être remise à chaque bénéficiaire des garanties prévoyance et/ou frais de santé.

b. Modification des garanties

Il incombe à la collectivité d’informer les bénéficiaires par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations. En cas de désaccord, chaque bénéficiaire peut résilier son adhésion.

ARTICLE 9 - CONDITIONS D’ADMISSION EN PREVOYANCE

a. A la souscription au contrat ou au règlement

Tous les agents actifs demandant leur adhésion au régime de protection sociale en prévoyance et étant inscrits sur les listes du personnel du pouvoir adjudicateur bénéficiant, sans délai et automatiquement, de l’ensemble des garanties du contrat.

L’adhésion des agents au contrat ou au règlement ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé, par conséquent elle s’effectue sans contrôle médical.

b. Après la date d’adhésion au contrat ou au règlement

Les agents peuvent adhérer à la convention de participation postérieurement à l’adhésion de la collectivité selon les conditions suivantes :

- Agents faisant partie du personnel et qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans aucune condition particulière pour autant que leur adhésion soit demandée dans le délai prévu par l'organisme assureur après la prise d'effet du contrat ou du règlement ;
 - Au-delà du délai prévu par l'organisme assureur, si l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée, elle pourra éventuellement être subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical, sauf si l'agent bénéficiait d'une couverture équivalente.
- Agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Sans condition particulière si l'adhésion de l'agent s'effectue après son embauche dans le délai prévu par l'organisme assureur ;
 - Au-delà du délai prévu par l'organisme assureur, si l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée, elle pourra être subordonnée éventuellement à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical, sauf si l'agent bénéficiait d'une couverture équivalente.
- Agents faisant partie du personnel et qui sont en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer :
 - Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ou du règlement ne pourront y être admis qu'à compter de leur reprise effective d'activité.
 - Les agents à temps partiel thérapeutique peuvent adhérer sans condition.

c. Résiliation des contrats en cours

L'adhésion des agents assurés à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement auprès d'un autre organisme assureur, se fera à la date à laquelle le contrat en cours sera résilié. Si l'agent demande son adhésion dans le délai prévu par l'organisme assureur, l'adhésion ne pourra pas être subordonnée à des conditions particulières.

L'organisme assureur s'engage à prendre en charge tout sinistre déclaré postérieurement au terme du contrat ou du règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue dont le fait générateur est survenu durant la période de validité du contrat ou règlement.

ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la date prévue à l'article 3 du présent cahier des charges.

Les garanties prévoyance de la convention de participation cessent de produire leurs effets :

- A la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la présente convention de participation ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- En cas de cessation d'activité pour les assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite ;
- A la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité adhérente ;
- A la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

Les garanties en santé de la convention de participation cessent de produire leurs effets :

- A la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la présente convention de participation ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date d'effet de la résiliation du présent contrat.

ARTICLE 11 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations en prévoyance seront revalorisées annuellement en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique Territoriale.

ARTICLE 12 – EVOLUTION DES COTISATIONS

Le candidat doit s'engager sur une durée de maintien des cotisations du régime prévoyance et frais de santé.

Au cours de cette période les cotisations ne pourront pas faire l'objet d'une revalorisation ou d'une actualisation. Ce maintien s'entend à réglementation et législation constantes.

Au-delà de la période de maintien des taux de cotisation, le candidat s'engage à appliquer les taux de cotisation renseignés à l'annexe III – Offre tarifaire »

Toutefois, selon l'article 20 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 le dépassement des limites tarifaires prévues dans l'offre n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents et de retraités adhérents ou souscripteurs,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

L'organisme assureur s'engage à informer la collectivité et à justifier toute augmentation des tarifs au moins 4 mois avant la date annuelle de renouvellement.

En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien des cotisations, les parties engageront une négociation pour l'application éventuelle, de la revalorisation annuelle des cotisations qui, sauf modifications de la réglementation, ne pourra excéder 5%.

La collectivité disposera d'un délai de 1 mois pour répondre favorablement ou défavorablement à la demande d'augmentation tarifaire.

ARTICLE 13 - GESTION DE LA POPULATION ASSURÉE

Avant chaque 31 janvier, le pouvoir adjudicateur fournit à l'organisme assureur, la liste nominative des assurés en précisant distinctement le salaire de référence à prendre en compte pour le calcul des cotisations en Prévoyance.

En cours d'année, le pouvoir adjudicateur informera l'organisme assureur, des mouvements survenant au sein du groupe des assurés et des éventuelles évolutions du salaire de référence.

ARTICLE 14 - DESCRIPTIF DES GARANTIES EN PREVOYANCE

En Prévoyance, l'organisme assureur garantit le paiement pour chaque agent adhérent au contrat ou règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue, les prestations ci-après définies.

	Option n°1	Option n°2	Option n°3
Incapacité temporaire de travail	95% du traitement net	95% du traitement net	95% du traitement net
Invalidité	-	95% du traitement net	95% du traitement net
Perte de retraite	-	-	95% du traitement net
Frais d'obsèques	500 €	500 €	500 €

A l'issue de la consultation, le pouvoir adjudicateur décidera entre l'une des 3 options définies ci-dessus.

En tout état de cause, les garanties non retenues par le pouvoir adjudicateur devront obligatoirement être proposées par l'organisme assureur en dehors de la convention de participation à l'ensemble des adhérents demandant le bénéfice de ces garanties aux conditions tarifaires négociées dans le cadre de la convention de participation.

a. Incapacité Temporaire Travail

Objet et définition de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents d'une indemnité journalière complémentaire pendant les périodes de congés correspondant aux risques énoncés ci-après :

- Incapacité de Travail et notamment :
 - o Congé de maladie ordinaire;

- Congé de longue maladie ;
 - Congé de longue durée ;
 - Congé de grave maladie ;
 - Congés sans traitement pour raisons de santé.
- Toute absence pour incapacité de travail reconnue comme telle par le statut ou le régime général de la Sécurité Sociale

L'assureur garantit le versement au bénéficiaire d'indemnités journalières en cas de baisse du traitement consécutive à une Incapacité Temporaire de Travail dont le fait générateur est survenu en cours d'assurance.

Le calcul de l'indemnité journalière s'effectue sur la base du traitement de référence tel que défini à l'article 5.

Est considéré comme atteint d'**Incapacité Temporaire de Travail**, tout assuré en activité, qui est dans l'obligation reconnue par le prestataire de cesser toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, et qu'il perçoit, à ce titre, des prestations de son employeur en application du statut de la Fonction Publique dont il dépend ou du régime général d'assurance maladie de la Sécurité Sociale, ou ne perçoit aucune rémunération ou indemnité.

Règle de cumul

Le montant des prestations versées au titre du dispositif complémentaire augmenté des prestations versées au titre du régime statutaire ou de toute autre indemnité ne peut excéder le montant de la rémunération que l'agent aurait perçu s'il avait été en activité.

Période de franchise

L'organisme assureur ne prendra pas à sa charge la prise en compte du non versement de la rémunération au titre du ou des jours de carence.

La prestation est servie mensuellement, à terme échu.

a) Agents titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL ou détachés d'une administration d'Etat :

- En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour.
- En cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.
- En cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^{ème} année jusqu'à la fin de la 5^{ème} année.
- En cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^{ème} année jusqu'à la fin de la 8^{ème} année.
- En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire.

b) Agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :

- En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour.
- En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

c) Agents non titulaires affiliés au régime général de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :

En cas de maladie ordinaire :

- pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu et lorsque l'assuré subit une perte de salaire.
- pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.

En cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :

- à partir du début de la 2^{ème} année jusqu'à la fin de la 3^{ème} année.

Terme du versement

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise d'activité de l'assuré ;
- La fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité Sociale ;
- La fin du contrat de travail pour les agents contractuels ;
- La liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré ;
- La liquidation de la pension de retraite ;
- L'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein ;
- Le décès ou la PTIA de l'assuré ;
- En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical sur la personne de l'assuré ;
- En cas de démission ou de radiation des effectifs.

Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue, le service des prestations est maintenu jusqu'au terme du versement prévu ci-dessus.

b. Invalidité

Objet et définition de la garantie

La garantie a pour objet le paiement aux agents, d'une rente en cas d'invalidité survenue avant l'âge de départ à la retraite.

L'invalidité est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :

- Pour les assurés relevant du statut de la Fonction Publique Territoriale, avoir été mis à la retraite pour une invalidité reconnue par les organismes compétents ;
- Pour les agents affiliés au régime général de la sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité avec un classement en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie au sens de l'article L.341-4 du code de la sécurité sociale.

Règle de cumul

Le montant annuel de la rente versé par le prestataire, augmenté des prestations servies par la CNRACL, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme ne peut excéder la rémunération nette que l'agent aurait perçu s'il avait été en activité.

En cas de dépassement de la limite, la rente versée par le prestataire est réduite afin de ne pas dépasser ce montant défini ci-dessus.

Terme du versement

Le versement de la rente cesse dès :

- La reprise d'une quelconque activité professionnelle, même partielle ;
- Le décès ;
- A l'âge d'ouverture des droits à la retraite ;

Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou du règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue, le service des prestations est maintenu, jusqu'à l'un des termes du versement prévu ci-dessus.

c. Perte de retraite

Objet et définition de la garantie

L'assureur garantit le versement d'une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'assuré, en cas d'invalidité survenue avant l'âge légal de départ à la retraite.

L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie à l'article 13 du présent cahier des charges.

Règle de cumul

L'ensemble du montant des pensions et retraites des régimes légaux et du complément de retraite servi par l'assureur ne peut excéder le montant de retraite à taux plein prévu pour une carrière complète (75% du traitement de référence).

En cas de dépassement de la limite, la prestation versée par l'assureur est réduite afin de ne pas dépasser ce montant.

Terme du versement

Le versement de la rente cesse au décès du bénéficiaire.

Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou du règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue, le service des prestations est maintenu, jusqu'à l'un des termes du versement prévu ci-dessus.

ARTICLE 15 - CONTRÔLE MÉDICAL

Pour les sinistres en prévoyance donnant lieu à la prise en charge partielle des indemnités versées aux agents en application des obligations statutaires de la collectivité, soit au titre du régime spécial des fonctionnaires, soit au titre du régime général de la Sécurité Sociale, les organismes assureurs s'engagent à respecter les décisions de l'autorité administrative de qualification de l'arrêt de travail.

Pour les sinistres ne donnant plus lieu à une indemnisation au titre des obligations statutaires de la collectivité, le prestataire se réserve le droit envers tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations, de réaliser des contrôles ou enquêtes ou de faire procéder à des visites médicales par un médecin agréé.

Si les renseignements fournis s'avèrent insuffisants pour se prononcer sur l'ouverture des droits ou la poursuite du service des prestations, le prestataire se réserve le droit de réclamer tout document et renseignement complémentaire.

Au vu des conclusions du contrôle médical, le prestataire statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision à l'intéressé directement ou par l'intermédiaire de la collectivité adhérente.

Si le résultat du contrôle est contesté par le bénéficiaire ou par le médecin du bénéficiaire, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin agréé mandaté par le prestataire ; les frais afférents à cette procédure seront supportés par le bénéficiaire

En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle le bénéficiaire a été informé de la décision ; à défaut, les prestations éventuellement dues à la suite de la contre-expertise ne prendront effet qu'à partir de la date de cette dernière.

Suite à expertise, en cas de désaccord entre les deux médecins, ceux-ci font appel à un troisième praticien pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence du prestataire, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du bénéficiaire.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent aux parties, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge du prestataire dès lors que sa proposition n'est pas entièrement admise par la troisième expertise, ils sont à la charge du bénéficiaire dans le cas contraire.

ARTICLE 16 - DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

a. Périmètre de la couverture

Sont garantis tous les actes et frais ayant fait l'objet d'une intervention d'un des régimes de base de la Sécurité sociale, au titre de la législation maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, mais ayant un lien avec les risques couverts par le régime légal.

b. Contrat solidaire et responsable

Conformément aux exclusions et obligations de prise en charge des contrats « solidaire » et « responsable » le régime « frais de santé » prévoit que :

- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- Les garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Toutefois, dans le cadre de la redéfinition du contenu du cahier des charges des contrats « responsable » (article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014), l'organisme assureur devra prévoir, lors de l'application de ce nouveau dispositif, une mise en conformité du contrat ou règlement mutualiste afin d'organiser l'optimisation technique et fiscale du régime « frais de santé ».

Cette optimisation aura notamment pour but de distinguer les postes pour lesquels le plafond de prise en charge serait dépassé, et s'il conviendrait de créer un régime optionnel qui porterait sur lesdits postes.

c. Niveau des prestations

Les garanties et le niveau des prestations du régime « frais de santé » sont décrits ci-après.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Ss et incluent la part du remboursement de la Ss.

Les remboursements au titre du régime complémentaire s'entendent dans la limite des frais réels.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne seront pas pris en charge par le régime complémentaire sauf disposition contraire figurant dans le tableau ci-dessous.

	Option 1		Option n°2	
	% BR	Forfait	% BR	Forfait
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Frais de séjour	100%	-	100%	-
Forfait journalier *	100%	-	100%	-
Honoraires médicaux et chirurgicaux	150%	-	200%	-
Transport	100%	-	100%	-
Chambre particulière	-	50 € ⁽¹⁾	-	75 € ⁽¹⁾
Lit d'accompagnant	-	50 € ⁽¹⁾	-	75 € ⁽¹⁾
Soins ambulatoires				
Généralistes	100%	-	150%	-
Spécialistes	150%	-	200%	-
Actes techniques	150%	-	200%	-
Radiologie	100%	-	150%	-
Biologie	100%	-	100%	-
Auxiliaires médicaux	100%	-	100%	-
Dentaire				
Soins dentaires	150%	-	200%	-
Inlay / Onlay	150%	-	200%	-
Prothèses visibles	200%	-	300%	-
Prothèses non visibles	150%	-	200%	-
Orthodontie acceptée	200%	-	300%	-
Implants	-	500 € ⁽²⁾	-	800 € ⁽²⁾
Pharmacie				
Médicaments remboursés	100%	-	100%	-
Contraception prescrite et non remboursée	100%	100 € ⁽³⁾	100%	150 € ⁽³⁾
Sevrage tabagique	100%	100 € ⁽³⁾	100%	150 € ⁽³⁾
Vaccins non remboursés	-	60 € ⁽³⁾	-	100 € ⁽³⁾
Optique **				
Monture				
Adulte - Verre sphère entre +/- 6,00 et cylindre < +4,00	100%	75 € ⁽⁴⁾	100%	150 € ⁽⁴⁾
Adulte - Verre sphère > +/- 6,00 et cylindre > +4,00	100%	70 € ⁽⁴⁾	100%	90 € ⁽⁴⁾
Adulte - Verre sphère hors zone +/- 8,00 et hors zone +/- 4,00	100%	105 € ⁽⁴⁾	100%	135 € ⁽⁴⁾
Enfant - Verre sphère entre +/- 6,00 et cylindre < +4,00	100%	35 € ⁽⁴⁾	100%	50 € ⁽⁴⁾
Enfant - Verre sphère > +/- 6,00 et cylindre > +4,00	100%	50 € ⁽⁴⁾	100%	75 € ⁽⁴⁾
Enfant - Verre sphère hors zone +/- 8,00 et hors zone +/- 4,00	100%	65 € ⁽⁴⁾	100%	100 € ⁽⁴⁾
Lentilles	100%	150 € ⁽³⁾	100%	300 € ⁽³⁾
Chirurgie réfractive	-	400 € ⁽⁵⁾	-	600 € ⁽⁵⁾
Prothèses et appareils				
Prothèses auditives				
Autres prothèses prises en charge (capillaire, mammaire...)	100%	200 € ⁽⁶⁾	100%	400 € ⁽⁶⁾
Appareillage	100%	200 € ⁽⁶⁾	100%	400 € ⁽⁶⁾
Autres prestations				
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture...)	-	50 € ⁽⁷⁾	-	50 €
Prime naissance / enfant (ou adoption)	-	200 €	-	(max 5)
Cure thermale	100%	100 € ⁽³⁾	100%	400 €
Franchise sur les actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	-	100%	200 € ⁽³⁾

	Option 1		Option n°2	
	% BR	Forfait	% BR	Forfait
				-

- (1) forfait journalier (pas de limite de durée quel que soit le type d'hospitalisation)
- (2) forfait par implant dans la limite de 3 / an / bénéficiaire
- (3) forfait annuel / bénéficiaire
- (4) forfait biennuel. Pour les verres, le forfait s'entend par verre
- (5) forfait par œil
- (6) forfait par prothèse
- (7) forfait / séance dans la limite de 3 / an / bénéficiaire pour l'option n°1 et 5 / an / bénéficiaire pour l'option n°2

* prise en charge illimitée en chirurgie, médecine et maternité

** Une paire de lunette (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de changement d'acuité visuel

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

Au terme de la consultation, le pouvoir adjudicateur choisira entre l'une des 2 propositions.

ARTICLE 17 – LES OBJECTIFS

a. Les objectifs en matière de suivi technique du régime

Le pouvoir adjudicateur souhaite anticiper et piloter les résultats du régime de protection sociale complémentaire afin de définir dans les meilleures conditions les mesures à prendre tant sur le plan de l'aménagement des garanties que sur le plan d'une actualisation éventuelle des cotisations.

Par conséquent, l'organisme assureur doit s'engager à participer, au minimum, aux 2 réunions annuelles du comité de pilotage du régime.

L'organisme assureur présentera conformément à l'annexe V du présent cahier des charges les éléments suivants :

- Avant le 30 juin de l'exercice en cours : les comptes de résultats techniques définitifs (cotisations, prestations, provisions, frais et chargements de gestion et produits financiers) arrêté au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque risque (frais de santé, décès, rente éducation, incapacité, invalidité...) par exercice comptable et par exercice de survenance ;
- Avant le 30 juin de l'exercice en cours : une analyse détaillée de la sinistralité du régime complémentaire de prévoyance, par type de risque (frais de santé, décès, rente éducation, incapacité...), ainsi que la liste des sinistres indemnisés au titre de l'exercice clos avec le montant des provisions mathématiques constituées tête par tête par l'assureur ;
- Avant le 30 septembre de l'exercice en cours : une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des contrats souhaités par l'organisme assureur pour la

prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime pour l'exercice en cours ;

Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par le pouvoir adjudicateur.

Le candidat devra s'engager pour la présentation des comptes de résultats définitifs et les analyses sur la sinistralité du régime complémentaire de prévoyance, à transmettre au minimum les éléments présentés à l'annexe V du présent cahier des charges.

b. Les objectifs en matière de gestion du régime

Si l'assureur souhaite déléguer la gestion à un courtier gestionnaire ou tout autre organisme tiers spécialisé, il devra en informer le pouvoir adjudicateur et obtenir préalablement son accord express.

Le pouvoir adjudicateur souhaite que l'ensemble des bénéficiaires du dispositif de protection sociale complémentaire prévoyance et frais de santé jouissent d'une grande qualité de service dans le règlement des prestations, et sera attentive aux points ci-dessous de l'offre de service de l'organisme assureur.

Tiers payant

Une carte d'adhérent sera remise à chaque bénéficiaire afin qu'il bénéficie des accords de tiers payant mis en place par l'organisme assureur notamment en hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, radiologie et analyses médicales.

Interlocuteurs dédiés

L'organisme assureur devra désigner divers interlocuteurs dédiés pour toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

Il devra donc être mis à disposition :

- Des interlocuteurs dédiés pour la « prévoyance » et les « frais de santé » pour l'ensemble des bénéficiaires des contrats ;
- Des interlocuteurs dédiés pour le pouvoir adjudicateur notamment pour la gestion des adhésions et des appels de cotisations.

Engagements de délais de traitement

L'organisme assureur devra s'engager sur des délais de traitement des principaux actes de gestion (notamment sur les délais et modalités d'envoi des bulletins de déclaration des bénéficiaires décès, délais de rédaction et d'impression de la notice d'information, délais de constitution des fichiers d'adhésions, délais d'émission des cartes de tiers payant, délais de connexion des flux Noémie...) et tenir ses engagements en matière de délais.

ARTICLE 18 – MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de résiliation de la convention, le service des prestations en prévoyance est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

En cas de radiation des effectifs de la collectivité, l'organisme assureur proposera à l'agent le maintien des garanties à titre individuel (garanties et tarif identiques pendant 6 mois).

ARTICLE 19 – DISPOSITIONS PARTICULIERES

L'ensemble des dispositions du présent cahier des charges constitue les conditions particulières au contrat ou règlement au titre duquel la convention de participation a été conclue.

Ces dispositions sont réputées déroger à toutes conditions de garanties (générales, particulières, spéciales...) émises par le candidat dans le cadre de la présente consultation et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions du candidat comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'assuré, leur application reprendrait un caractère prioritaire.

Il est convenu que les garanties s'exerceront dès la prise d'effet de la convention de participation.