

Délibération au Conseil de Communauté du vendredi 29 novembre 2013

Validation des éléments essentiels de la future convention de participation à la protection sociale complémentaire des agents et autorisation de lancement de la procédure de mise en concurrence.

La loi de modernisation de la fonction publique n° 2007-148 du 2 février 2007 a créé un nouveau cadre dans lequel les employeurs publics peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent. Cette protection recouvre deux sortes de garanties, celles en matière de risques sur l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité (risque « santé ») et celles relatives à l'incapacité, l'invalidité et le décès (risque « prévoyance »). Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 a précisé les modalités d'application de ce dispositif dans la fonction publique territoriale.

Il est important de rappeler que ces textes ne créent ni une obligation d'adhésion pour les agents, ni une obligation pour les collectivités territoriales de participer au financement de l'assurance des agents.

Par la délibération du 3 mai 2013, le Conseil de communauté a, à la fois, décidé de la conclusion pour chacun des deux risques d'une convention de participation avec une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance et du principe d'une participation financière de la CUS à la protection sociale complémentaire de ses agents pour les risques « santé » et « prévoyance ».

Conformément aux textes ci-dessus, les agents retraités ne pourront plus bénéficier de la participation de leur ancien employeur.

En revanche, les retraités dont la CUS est le dernier employeur pourront, s'agissant du risque « santé », bénéficier des mêmes tarifs que les agents et ce au titre de la solidarité intergénérationnelle, compte non tenu de la contribution employeur versée au profit des actifs.

Pour l'établissement des deux cahiers de charges (un par risque à assurer), la CUS s'est adjoint les compétences spécialisées de la société de conseil RISK Partenaires.

Sur la base des documents joints en annexe, la CUS lancera une procédure « de type marché public » pour mettre en concurrence, puis choisir, un ou deux organismes (mutuelle, union, institut de prévoyance, entreprise d'assurance) tels que mentionnés à l'article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984.

Ces documents ont fait l'objet de concertation avec les Organisations syndicales représentées à la CUS.

Par le choix d'un conventionnement, la CUS entend préserver au mieux le dispositif existant et ainsi continuer à participer à la couverture santé et prévoyance de ses agents.

Dans ce but, il est envisagé d'affecter à cette démarche un budget prévisionnel de 6 200 000 € qui se répartirait comme suit :

- prévoyance : 710 000 € sur la base d'un montant fixe en euro par agent.
- santé : 5 490 000 € de budget global qui sera ventilé en considération de la composition familiale et ajusté pour tenir compte de l'affiliation au régime local de Sécurité sociale des agents non titulaires.

Les montants de la participation par agent en santé et en prévoyance, ainsi que leurs modalités de versement, seront fixés par une prochaine délibération.

Je vous demande de bien vouloir adopter le projet de délibération suivant :

Le Conseil

*vu la loi n°83-634 du 13 janvier 1983 et notamment son article 22 bis,
vu la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 et notamment son article 88-2,
vu le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des
collectivités territoriales et de leur établissements publics au financement de la
protection sociale complémentaire de leur agents et notamment son article 4,
après avis du Comité technique paritaire en date du 28 novembre 2013,
vu l'avis de la Commission thématique
sur proposition de la Commission plénière,
après en avoir délibéré,
décide*

Les documents présentés en annexe constituent le projet de convention et le dossier qui seront soumis à la concurrence et qui permettront de choisir un ou deux organismes à même de proposer la couverture des risques santé et prévoyance des agents ;

le Président de la CUS est autorisé à lancer la procédure de mise en concurrence en vue de retenir un organisme de type mutuelle, union, institut de prévoyance, entreprise d'assurance.

**Adopté le 29 novembre 2013
par le Conseil de Strasbourg**

**Rendu exécutoire après
transmission au Contrôle de Légalité préfectoral
et affichage au Centre Administratif
Le 2 décembre 2013**



RISK
PARTENAIRES

Communauté urbaine de Strasbourg

CAHIER DES CHARGES

*Protection sociale complémentaire des agents
territoriaux
« Convention de participation 'Prévoyance' »*

 *ACTE D'ENGAGEMENT*

 *CAHIER DES CHARGES*

-  *CONDITIONS PARTICULIÈRES*
-  *ÉLÉMENTS TECHNIQUES*

ACTE D'ENGAGEMENT

 ARTICLE 1 – POUVOIR ADJUDICATEUR

La Communauté urbaine de Strasbourg, représentée par son Président.

 ARTICLE 2 – CONTRACTANT

Je soussigné,

NOM et PRÉNOM _____

A compléter au choix selon la nature de la candidature : (1)

→ Agissant en candidat unique

Identification : _____

Adresse : _____

Ou

→ Agissant comme mandataire du groupement constitué des membres suivants : (1) **Joindre le pouvoir.**

Identification et adresses des membres du groupement : _____

(1) Intitulé complet, forme juridique, numéro d'immatriculation et code d'activité.

- après avoir pris connaissance du cahier des charges et des documents qui y sont mentionnés;
- et après avoir produit les documents, certificats, attestations ou déclarations exigés au règlement de la consultation,

m'engage, conformément aux stipulations des documents visés ci-dessus, à exécuter les prestations dans les conditions ci-après définies.

L'offre ainsi présentée ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiée dans un délai de 240 jours, à compter de la date de remise des offres fixée par le règlement de la consultation.

Correspondance :

Coordonnées de la personne en charge de l'offre et à contacter en cas de besoin : (si différent de celles mentionnées ci-dessus)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Mail : _____

ARTICLE 3 – DURÉE DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION

La convention de participation est conclue pour une durée de 6 ans à compter du 1^{ER} SEPTEMBRE 2014, pour se terminer le 31 AOUT 2020. Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. La résiliation s'effectue dans les conditions de l'article 21 du décret n°2011-1474.

ARTICLE 4 – PAIEMENT/ MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Le paiement des cotisations sera effectué par la collectivité souscripteur pour le compte de ses agents. Le paiement s'effectuera par mandat administratif et selon les dispositions spécifiques propres au Code des assurances et celles prévues au cahier des charges.

Le paiement s'effectuera par mandat administratif et selon les dispositions spécifiques propres au Code des assurances et celles prévues au cahier des charges.

La collectivité adhérente ou les agents se libéreront des sommes dues en en faisant porter le montant au crédit du compte (joindre un RIB) :

Au compte ouvert au nom de _____

Désignation du compte à créditer: _____

Établissement (libellé en toutes lettres): _____

Adresse: _____

Numéro du compte: _____

Code banque: _____ clé: _____

Code guichet: _____

ARTICLE 5 – MODALITES POUR LA TARIFICATION

■ Généralités

Les tarifications sont exprimées en % (pour cent) de l'assiette de cotisation.

■ Prestations demandées

- Incapacité temporaire de travail : indemnités journalières
- Options, au choix de l'agent :
 - ▶ Option 1 : indemnités journalières supérieures au plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Options 2 « Régime indemnitaire » (RI) , au choix des agents
 - ▶ Option 2.1 : Indemnisation du RI à hauteur de 20 % du traitement de base, plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Option 2.2 : Indemnisation du RI à hauteur de 35 % du traitement de base, plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Option 2.3 : Indemnisation du RI à hauteur de 50% du traitement de base, plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Option 3 : Frais d'obsèques : capital de 909,30€
 - ▶ Option 4 : Invalidité
 - ▶ Option 5 : Minoration de retraite suite à invalidité

■ Assiette de cotisation :

- Incapacité temporaire de travail: traitement indiciaire de base et nouvelle bonification indiciaire, plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Option 1 : indemnités journalières déplafonnées : part du traitement dépassant le plafond mensuel de la sécurité sociale
 - ▶ Option 2 « Régime indemnitaire » : traitement indiciaire de base et nouvelle bonification indiciaire, plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale

■ Plafond des prestations en incapacité :

41% du traitement de base ramené à 26% pour le fonctionnaire ayant au moins 3 enfants à charge



ARTICLE 6 – TARIFICATION – critère de notation n°1 (à compléter par le candidat)

GARANTIES ACTUELLES	TAUX T.T.C.
Incapacité temporaire de travail	
Option 1 : indemnités journalières déplafonnées	
Option 2.1 : Régime indemnitaire indemnisé à hauteur de 20 % du traitement de base, plafonné au PMSS	
Option 2.2 : Régime indemnitaire indemnisé à hauteur de 35 % du traitement de base, plafonné au PMSS	
Option 2.3 : Régime indemnitaire indemnisé à hauteur de 50 % du traitement de base, plafonné au PMSS	

AUTRES GARANTIES	TAUX T.T.C.
Option 3 : frais d'obsèques	
Option 4 : Invalidité (à ajuster)	
Option 5 : Minoration de retraite suite à invalidité	



ARTICLE 7 – MODALITES DE REPONSE AU CAHIER DES CHARGES – critère de notation n°1 (à compléter par le candidat)

Les dispositions du décret n° 2011-1474 et de ses arrêtés sont impératives, les réserves ou observations émises par les candidats ne peuvent remettre en cause les dispositions du décret susmentionné.

Le candidat s'engage à offrir à la population intéressée, pendant la durée du contrat ou du règlement et selon les modalités prévues au décret n° 2011- 1474 , l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées : **oui** **non**

Le candidat accepte sans réserve l'ensemble des dispositions du cahier des charges de la consultation.

Le candidat accepte les dispositions du cahier des charges de la consultation avec les réserves et observations, carences ou franchises ci-après listées.

Le candidat joint à son offre les conditions particulières spécifiques et les conditions générales n° _____ , date : _____ qui reprennent les éléments du cahier des charges à l'exception des réserves mentionnées ci-après.

Les conditions particulières mentionnant le paragraphe suivant : La présente convention résulte d'un marché. Les conditions d'engagement, réserves au cahier des charges et éventuelles négociations, arrêtées lors du marché, font partie intégrante du contrat, dans lequel elles s'insèrent. Ces conditions d'engagement prévalent sur les supports indiqués par l'assureur, lors de l'établissement du contrat, toutes les fois qu'elles sont plus favorables à l'assuré.

Modalités de rédaction des réserves ou observations au cahier des charges :

Les précisions ou réserves au cahier des charges doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive mentionnée ci-après. Elles doivent être numérotées et rappeler systématiquement les parties du cahier des charges qu'elles modifient.

Nombre total de réserves ou observations : _____

Feuille de réserve ou observations n°: ___/___



ARTICLE 8 – ANNEXES DE NOTATION (à compléter par le candidat)

■ **Article 8.1 : Degré effectif de solidarité (critère de notation n° 2)**

- Conformément au décret 2011-1474, le contrat ou le règlement proposé doit répondre aux critères **impératifs** suivants :
 - ▶ Les garanties proposées doivent être complémentaires à la protection sociale de base des agents ;
 - ▶ Les garanties proposées peuvent comporter un choix entre plusieurs options de couverture ;
 - ▶ Le contrat ou le règlement prévoit au moins la couverture du risque incapacité de travail ;
 - ▶ La cotisation doit être au même taux pour tous les agents affiliés ;
 - ▶ La cotisation doit être exprimée en pourcentage de la rémunération ;
 - ▶ L'adhésion des agents au contrat ou au règlement ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé ;
 - ▶ Les agents qui ne sont pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et qui ne sont pas inscrits à celui-ci, peuvent y adhérer sous réserve que leurs inscriptions interviennent pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement ;
 - ▶ Les agents embauchés postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement peuvent y adhérer sous réserve que leurs inscriptions interviennent dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche ;

Le candidat s'engage sans réserve à respecter ces prescriptions minimales de solidarité :

oui non (offre irrégulière, voir règlement de consultation)

Autres éléments de solidarité pour lesquels le candidat s'engage :

■ **Article 8.2 : Maîtrise financière - convention de participation « Prévoyance » (critère de notation n°3)**

► **Pièces à fournir**

En application du décret 2011-1474 et de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif « aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics dans le cas d'une convention de participation », le candidat présente le dispositif de maîtrise financière de son offre.

Le candidat fournit un programme d'activité sur la période comprenant les éléments suivants :

- ▶ Une note décrivant la politique de développement et les prévisions d'adhésions envisagées sur la durée totale de la convention.
- ▶ Pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur la base de deux hypothèses comparées :
 - ▶ L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ;
 - ▶ Seuls les agents envisagés selon les prévisions d'adhésion, adhèrent au dispositif.
 Le candidat présente pour chaque hypothèse et pour chaque année l'évolution des cotisations.
- ▶ Une projection de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la durée totale de la convention et sur la base des hypothèses retenues, concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.
- ▶ Sur la base des hypothèses prévues ci-dessus, le candidat calcule, pour chacun des 5 premiers exercices, la prévision de transferts de solidarité défini comme suit :
 - ▶ Montant des transferts intergénérationnels : somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs d'un âge supérieur à 50 ans de l'employeur territorial concerné par la présente convention, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.
 - ▶ Pour le calcul des transferts :
 - Les prestations sont d'abord majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes et minorées des reprises sur ces mêmes provisions.
 - Les prestations ainsi obtenues sont ensuite majorées d'un chargement de gestion forfaitaire à 10 %.
 - Les cotisations sont minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées de la reprise sur cette même provision.

Les éléments justificatifs du calcul doivent être joints en annexe à la présente réponse.

Correspondance :

Coordonnées de l'actuaire rédacteur du programme d'activité :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Mail : _____

Le candidat détaille l'ensemble des frais d'assureur (immobilisation réglementaire des capitaux propres, frais fixes et de structure, élaboration et émission des comptes techniques des polices, ...) et les frais de gestion.

► **Précisions relatives à l'évolution de la tarification**

Conformément au décret 2011-1474, 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 adhérents ou souscripteurs, évolutions démographiques, modifications de la réglementation.

Le candidat précise ci-après et pour chaque cas mentionnés ci-avant, l'éventuelle période de maintien de taux qu'il propose, les critères retenus par le candidat déterminant le changement significatif, la base de référence utilisée pour juger du dépassement.

Feuille de n° : ___ / ___

■ **Article 8.3 : Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques (critère de notation n° 4)**

Le candidat décrit ci-après les dispositifs qu'il propose.

Feuille de n° : ___/___

■ **Article 8.4 : Modalités de gestion (critère de notation n° 5)**

1) Délai de rédaction de la convention de participation et du contrat ou du règlement associé

Le candidat s'engage à rédiger la convention de participation et le contrat ou le règlement issu de celle-ci, en conformité avec ses engagements pris lors de la consultation, dans un **délai de** **jours** à compter de la notification qui lui est faite.

Montant des pénalités financières, versées à la CUS, en cas de retard de production des documents à compter du délai sur lequel s'engage le candidat : 100€ par jour de retard.

Les pénalités pour retard commencent à courir, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une mise en demeure, le lendemain du jour où le délai contractuel d'exécution des prestations, mentionné ci-avant, est expiré, sauf cas de force majeure ou fait de la CUS.

Le candidat accepte ces pénalités de retard : **oui** **non**

2) Interlocuteurs

N°	Éléments de gestion	Nom du prestataire et des personnes affectées au dossier
1	Interlocuteur permanent de la CUS	
2	Mise en place du contrat ou du règlement	
3	Gestion des adhésions	
4	Gestion des cotisations	
5	Gestion des prestations	
6	Présentation du rapport visé à l'article 19 du décret 2011-1474	

3) Modalités d'information et d'accompagnement de la Collectivité et des souscripteurs ou adhérents pour la promotion, la mise en place et la gestion du contrat ou du règlement

Il est à noter que la CUS souhaite une prise en charge intégrale par le prestataire des modalités d'information et d'accompagnement des souscripteurs et adhérents pour la promotion, la mise en place et la gestion du contrat ou du règlement.

Les candidats proposeront des modalités détaillées tenant compte de ces éléments (*nombre de réunions pour chaque étape du contrat, modalités d'organisation, documents fournis par le prestataire, ...*).

Le candidat s'engage-t-il à réaliser une réunion annuelle au sein de la CUS : **oui** **non**

Le candidat met-il à disposition des assurés un numéro non surtaxé de renseignements téléphoniques : **oui, n°** :

non coût par appel : _____

Éléments et moyens d'accompagnement à la mise en place du contrat et de la convention de participation

Éléments et moyens mis en place par le candidat pour la gestion des prestations :

Éléments et moyens d'information que le candidat apporte à la CUS sur la gestion du contrat et les indemnisations accordées et ce tout au long de la période d'assurance :

Feuille de n° : ___ / ___

4) Délai d'indemnisation des prestations

Le candidat s'engage à indemniser les prestations dues dans un **délai de** **jours**, aux conditions suivantes :

5) Liste des pièces à fournir par les agents, la CUS (**à préciser**) pour la gestion du contrat ou du règlement

1. A la mise en place du contrat ou du règlement (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

2. Pour la gestion du contrat ou du règlement (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

3. Pour l'indemnisation des prestations (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

6) Liste des pièces à fournir par la CUS (à préciser) pour la gestion de la convention de participation :

Le candidat pourra transmettre des attestations de bonne réalisation des prestations de gestion mentionnées ci-avant comportant le nom et la personne à contacter ou tout élément justificatif.

Engagement du candidat

J'affirme, sous peine de résiliation de plein droit de la convention ou de sa mise en régie à mes torts exclusifs ou aux torts exclusifs de la société pour laquelle j'interviens, que je ne tombe pas ou que ladite Société ne tombe pas sous le coup des interdictions découlant de l'article 50 de la loi n°52-401 du 14 avril 1952, modifié par l'article 56 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978.

Fait en un seul original mention (s) manuscrite (s)

à _____ « lu et approuvé »

le _____ signature (s) du titulaire.

En cas de groupement, la signature du mandataire engage tous les membres du groupement.

Acceptation de l'offre par la personne publique

Est acceptée la présente offre pour valoir acte d'engagement.

Le représentant de la personne publique, dûment autorisé, selon les options de garanties, de franchises et de cotisation retenues :

Durée de la convention de participation : 6 ans

Date d'effet de la convention de participation : 1^{ER} SEPTEMBRE 2014

A _____

Le _____

Notification de l'accord

Reçu notification le _____

Le titulaire

Reçu l'avis de réception postal de la notification.

Signé le par le titulaire destinataire

Le (date d'apposition de la signature ci- après)

Pour le représentant de la personne publique.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

INDEX



TEXTES APPLICABLES



IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR



DÉFINITIONS



TITRE I – MODALITÉS RELATIVES A LA CONVENTION DE PARTICIPATION

- ARTICLE 1 : OBJET
- ARTICLE 2 : GARANTIE
- ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET ET DURÉE
- ARTICLE 4 : PARTICIPATION DE LA COLLECTIVITÉ



TITRE II - DISPOSITIONS TARIFAIRES

- ARTICLE 5 : ASSIETTE DE COTISATION
- ARTICLE 6 : DÉCLARATION DES ÉLÉMENTS DE CALCUL
- ARTICLE 7 : PAIEMENT DE LA COTISATION
- ARTICLE 8 : EXONÉRATION DE LA COTISATION
- ARTICLE 9 : DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DE LA COTISATION
- ARTICLE 10 : ÉVOLUTION DE LA COTISATION



TITRE III – MODALITÉS RELATIVES AUX GARANTIES DU CONTRAT OU AU REGLEMENT

- ARTICLE 11 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES
- ARTICLE 12 : POPULATION VISÉE
- ARTICLE 13 : ADMISSION AU BÉNÉFICE DES GARANTIES
- ARTICLE 14 : PRESCRIPTION
- ARTICLE 15 : RISQUES EXCLUS
- ARTICLE 16 : GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL
- ARTICLE 17 : GARANTIE INVALIDITÉ
- ARTICLE 18 : GARANTIE MINORATION DE RETRAITE
- ARTICLE 19 : CONTRÔLE MÉDICAL
- ARTICLE 20 : RECOURS SUBROGATOIRE
- ARTICLE 21 : INFORMATION DES BÉNÉFICIAIRES
- ARTICLE 22 : CLAUSE D'ARBITRAGE



ÉLÉMENTS TECHNIQUES

CONDITIONS PARTICULIÈRES



TEXTES APPLICABLES

- Les codes des Assurances, de la Mutualité et de la Sécurité Sociale
- La loi n° 84.53 du 26 janvier 1984, modifiée, et ses décrets d'application
- La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, modifiée, et ses décrets d'application
- La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, modifiée, et ses décrets d'application
- Le décret n° 60.58 du 11 janvier 1960 modifié
- Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés



IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

- Souscripteur de la convention de participation : La Communauté urbaine de Strasbourg, ci-après dénommé la CUS. La CUS agit tant pour son compte que pour le compte de la ville de Strasbourg.
- Souscripteur du contrat issu de la convention de participation : La CUS.



DÉFINITIONS

- Collectivité : la CUS, souscripteur du contrat.
- Assureur : opérateur choisi par la CUS qui porte et provisionne les risques définis par les documents de la consultation.
- Convention de participation : convention de contribution au financement des garanties de protection sociale complémentaire conclue entre la CUS et l'assureur au titre d'un contrat ou d'un règlement.
- Contrat ou règlement : contrat ou règlement retenu à l'issue de la procédure de mise en concurrence et constitué des éléments énoncés dans l'acte d'engagement et les présentes conditions particulières, amendées ou non lors de la consultation, complétées des conditions générales du candidat.
- Gestionnaire : l'assureur ou tout autre organisme qui a en charge tout ou partie des actes de gestion relatifs au contrat ou au règlement et à la convention de participation.
- Adhérent, souscripteur : Agent de droit privé ou de droit public de la collectivité, adhérent ou souscripteur du contrat.
- Assuré : Adhérent, souscripteur, bénéficiaire des garanties.



TITRE I – MODALITES RELATIVES A LA CONVENTION DE PARTICIPATION

Aux conditions générales jointes, identifiées à l'acte d'engagement, et aux présentes conditions particulières, les clauses les plus favorables au bénéficiaire primant sur l'un ou l'autre des textes, l'assureur verse aux bénéficiaires les prestations définies ci-après.

→ ARTICLE 1 : OBJET

La convention de participation est passée au titre d'un contrat collectif à adhésion facultative ayant pour objet d'assurer le versement de prestations complémentaires aux garanties statutaires, ci-après définies, au profit des agents de la collectivité.

→ ARTICLE 2 : GARANTIE

- PERTE DE TRAITEMENT CONSECUTIVE A UNE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL
- INVALIDITE
- MINORATION DE RETRAITE SUITE A INVALIDITE

→ **ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET ET DURÉE**

- La convention de participation est conclue pour une durée de 6 ans à compter du 1ER SEPTEMBRE 2014, pour se terminer le 31 AOUT 2020.
Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.
- Le contrat issu de la convention de participation suit le sort de la convention de participation et s'achève ou se poursuit en même temps que celle-ci.
- La résiliation s'effectue dans les conditions de l'article 21 du décret n°2011-1474.

→ **ARTICLE 4 : PARTICIPATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Le montant prévisionnel de la participation employeur au lancement de la consultation est mentionné en annexe. Ce montant est définitivement déterminé et communiqué à l'assureur attributaire, après décision de l'assemblée délibérante.

**TITRE II - DISPOSITIONS TARIFAIRES**→ **ARTICLE 5 : ASSIETTE DE COTISATION**

- La garantie est accordée moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle.
- L'assiette de cotisation est constituée des éléments mentionnés à l'acte d'engagement.

→ **ARTICLE 6 : DÉCLARATION DES ELEMENTS DE CALCUL**

- La cotisation due sera calculée à partir des éléments composant l'assiette de cotisation, communiqués par la collectivité.
- L'assureur liste dans l'acte d'engagement les documents de déclaration à fournir par la collectivité et leur périodicité.

→ **ARTICLE 7 : PAIEMENT DE LA COTISATION**

La cotisation est payée selon les modalités précisées à l'acte d'engagement. Les cotisations sont précomptées mensuellement par la collectivité sur le bulletin de salaire à terme échu et versées trimestriellement à l'assureur.

Si la cotisation annuelle ne correspondait pas à la cotisation prévue au contrat, il serait procédé à un ajustement en début d'année suivante sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties de membre participants en cours d'exercice.

→ **ARTICLE 8 : EXONÉRATION DE LA COTISATION**

Pour l'adhérent ou le souscripteur pris en charge au titre de l'incapacité temporaire de travail, invalidité ou minoration de retraite suite à invalidité, la cotisation n'est due que sur la part de salaire ou d'indemnité restante.

→ **ARTICLE 9 : DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DE LA COTISATION**

- Retard administratif de paiement des cotisations : la collectivité est une personne publique soumise aux procédures administratives de mandatement administratif, le prestataire s'engage à ne pas appliquer les dispositions ci-avant relatives à la suspension ou à la résiliation des garanties (ou celles de même nature résultant des dispositions législatives ou réglementaires) si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.
- En cas de défaut de paiement de la cotisation dans le mois qui suit son échéance, l'assureur, conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, suspend les garanties de l'adhérent ou du souscripteur 30 jours après l'envoi, par lettre recommandée, d'une mise en demeure, à l'adhérent ou au souscripteur, à la collectivité et résilie l'adhésion 10 jours après.
L'adhésion non résiliée reprendra effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

→ **ARTICLE 10 : ÉVOLUTION DE LA COTISATION**

- Conformément à l'article 20 du décret 2011-1474, 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 adhérents ou souscripteurs,
 - Évolutions démographiques,
 - Modifications de la réglementation.
- L'assureur informe par courrier recommandé la collectivité au plus tard le 1er mars en cas de majoration de dépassement des limites tarifaires à compter du 1er janvier suivant. La collectivité a cinq mois pour faire part à l'assureur de sa décision. L'assureur accompagne son courrier d'une présentation des circonstances visées par le décret à l'origine de cette majoration et apporte les éléments justificatifs du caractère significatif de ces changements.

**TITRE III – MODALITÉS RELATIVES AUX GARANTIES DU CONTRAT OU AU REGLEMENT**→ **ARTICLE 11 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES**

- Les garanties prennent effet à la date mentionnée à l'acte d'engagement et selon les conditions d'admission au bénéfice des garanties prévues ci-après.
- Sans préjudice du versement des prestations en cours, les garanties cessent de produire leurs effets :
 - à la date à laquelle l'assuré ou le bénéficiaire ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties du contrat ;
 - en cas de non-paiement de la cotisation, la garantie cessant alors uniquement pour l'assuré ;
 - en cas de démission du poste de travail, cessation d'activité suite à un congé parental ou une mise en disponibilité de droit ou pour convenance personnelle, détachement, mutation, sur demande de l'intéressé lors d'une mise à disposition, révocation. La cessation des garanties est fixée le jour de l'événement, la cotisation étant due jusqu'à la fin du mois en cours ;
 - à la date d'effet de la radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité ;
 - au 1^{er} Janvier lors d'une résiliation de son adhésion par l'assuré, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois ;
 - conformément à l'article 21 du décret n°2011-1474, au premier jour du deuxième mois qui suit le non renouvellement ou la résiliation de la convention pour non respect des dispositions du décret.
 - à la date d'effet de la résiliation de la convention de participation et du contrat afférent.

→ **ARTICLE 12 : POPULATION VISÉE**

Peuvent être admis à la souscription du contrat ou du règlement :

- les fonctionnaires et agents non titulaire de la collectivité, de droit public et de droit privé, inscrits à l'effectif de la collectivité,
- les fonctionnaires et agents accueillis en détachement par la collectivité,
- les agents mis à disposition de la collectivité, si la collectivité dont ils dépendent les y autorise.

→ **ARTICLE 13 : ADMISSION AU BÉNÉFICE DES GARANTIES**

- Le fonctionnaire ou l'agent qui n'est pas en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement peut y adhérer sans condition sous réserve que son inscription intervienne pendant les six premiers mois qui suivent la date de prise d'effet du contrat ou du règlement. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.
- Le fonctionnaire ou l'agent embauché postérieurement à la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, ou de retour de congé parental ou de disponibilité de droit ou pour convenances personnelles, peut y adhérer sans condition sous réserve que son inscription intervienne dans les six premiers mois qui suivent la date d'embauche ou de reprise.
- Pour tenir compte des délais de résiliation des contrats existants à la date d'effet du contrat, il sera admis, au titre de l'adhésion dans les six mois, l'engagement d'adhésion donné par le fonctionnaire ou l'agent dans le délai de six mois. L'adhésion et la prise d'effet des garanties intervenant à l'échéance du contrat existant.
- Passé ce délai de six mois suivant la date de prise d'effet du contrat ou du règlement, la date d'embauche ou de retour, l'adhésion au titre du contrat ou du règlement est acceptée, au choix du fonctionnaire ou de l'agent :
 - soit sans délai, elle est cependant subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical ;

- ▶ soit sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.
- Le fonctionnaire ou l'agent en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et non assuré antérieurement peut adhérer au contrat ou au règlement, au choix du fonctionnaire ou de l'agent :
 - ▶ soit sans délai, l'adhésion est cependant subordonnée à une tarification différente fondée sur un questionnaire médical ;
 - ▶ soit sans questionnaire médical et au taux du contrat, à l'issue d'une période de 30 jours sans arrêt de travail. Il est précisé que le temps partiel thérapeutique n'est pas assimilé à une période d'arrêt de travail.
- Le fonctionnaire ou l'agent en arrêt de travail à la date d'effet du contrat ou du règlement et assuré antérieurement peut adhérer au contrat ou au règlement sans délai à compter de sa reprise d'activité ou de sa reprise d'activité en temps partiel thérapeutique.

→ ARTICLE 14 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite conformément à la législation applicable.

→ ARTICLE 15 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus les risques résultants :

- ▶ De faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,.
- ▶ De guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroule ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active.
- ▶ Du fait intentionnellement causé par l'assuré.

→ ARTICLE 16 : GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

■ Article 16.1 : Définition de la garantie

La garantie « indemnités journalières » a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières l'assuré qui se trouve dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoit à ce titre des prestations de son employeur en application du régime statutaire de la fonction publique ou du régime d'assurance maladie de la Sécurité Sociale.

■ Article 16.2 : Montant de la prestation

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur du plafond du traitement mensuel net auquel s'ajoute la nouvelle bonification indiciaire, mentionné dans l'acte d'engagement que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la sécurité sociale) et dans la limite de la règle de cumul définie ci-après.

- ▶ Agents travaillant à temps partiel : les indemnités journalières sont calculées au pourcentage de la rémunération au moment de l'obtention de la présente prestation.
- ▶ Agents à temps non complet : les indemnités journalières sont calculées au pourcentage du temps d'activité au moment de l'obtention de la présente prestation.

Règle de cumul : Le montant des indemnités journalières versé par l'assureur, augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité perçue au titre de cette affectation, ne peut excéder le plafond de prise en charge auquel s'ajoute la revalorisation.

En cas de dépassement, les indemnités versées par l'assureur sont réduites à concurrence de ce montant.

■ Article 16.3 : Point de départ du versement des indemnités journalières – période de franchise

La prestation est servie dès que les indemnités versées par l'employeur en application du statut de la fonction publique territoriale ou versées par la sécurité sociale ne garantissent plus le maintien complet du traitement d'activité.

L'assureur est lié par l'avis de l'autorité territoriale.

Sont notamment visées les hypothèses suivantes :

- ▶ Fonctionnaires titulaires et stagiaires affiliés à la CNRACL :
 - ▶ En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail jusqu'au 365^{ème} jour. La période de 90 jours est à considérer en année glissante.
 - ▶ 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 6ème année jusqu'à la fin de la 8ème année.
- ▶ En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires pour congé de maladie ordinaire : la prise en charge s'achève la 3ème année ou 4ème année si la mise en disponibilité est renouvelée une troisième fois.
- ▶ Afin de couvrir les dispositions du décret n°87-602 du 30 juillet 1987, les prestations sont maintenues jusqu'à la date de la décision de reprise de service ou de réintégration, de reclassement, de mise en disponibilité ou d'admission à la retraite.
- Fonctionnaires et agents titulaires et stagiaires à temps non complet affiliés au régime général ou de droit local de la Sécurité Sociale et à l'IRCANTEC :
 - ▶ En cas de maladie ordinaire, au plus tôt à partir du 91ème jour d'arrêt de travail jusqu'au 365ème jour.
 - ▶ En cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année.
 - ▶ En cas de mise en disponibilité d'office pour les agents titulaires suite à épuisement des droits statutaires pour congé de maladie ordinaire : la prise en charge s'achève la 3ème année ou 4ème année si la mise en disponibilité est renouvelée une troisième fois.
- Agents non titulaires affiliés au régime général ou local 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 31ème 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 61ème 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 91ème 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 2ème année jusqu'à la fin de la 3ème année.

■ Article 16.4 : Terme du versement

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise de l'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 liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base de l'assuré,
- La liquidation de la pension retraite, et au plus tard à 67 ans,
- Le décès de l'assuré.

■ Article 16.5 : Maintien des prestations

En cas de résiliation du contrat ou du règlement, le service de la prestation en cours est maintenu jusqu'aux termes de versement des indemnités par la collectivité ou la sécurité sociale.

→ **ARTICLE 17 : GARANTIE INVALIDITÉ**■ **Article 17.1 : Définition de la garantie**

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente à l'assuré qui se trouve dans l'impossibilité médicalement constatée, d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail et :

- pour le fonctionnaire affilié à la CNRACL :
 - ▶ qui est admis à la retraite pour invalidité,
- pour l'agent affilié au régime général ou de droit local de la sécurité sociale :
 - ▶ qui justifie d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L341-4 du Code de la sécurité sociale ;
 - ▶ ou qui justifie d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

■ **Article 17.2 : Montant de la prestation**

Le montant de la rente est calculé sur la base du plafond de garantie du traitement mensuel net retenu auquel s'ajoute la NBI, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (pension d'invalidité CNRACL, pension ou rente d'invalidité, d'incapacité de la Sécurité sociale).

L'indemnité versée par l'assureur reste toutefois soumise à la règle du cumul, mentionnée ci-après, exclusion faite de la majoration prévue pour les invalides du troisième groupe.

Règle de cumul : Le montant des indemnités journalières versées par l'assureur, augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre indemnité perçue au titre de cette affection, ne peut excéder le plafond de prise en charge retenu auquel s'ajoute la revalorisation.

En cas de dépassement, les indemnités versées par l'assureur sont réduites à concurrence de ce montant.

■ **Article 17.3 : Point de départ et service de la prestation**

La rente est servie mensuellement et à terme échu :

- après épuisement des droits statutaires maladie ou ;
- au jour de l'entrée en jouissance de la pension d'invalidité.

■ **Article 17.4 : Terme du versement**

L'indemnisation cesse dès :

- La reprise de toute activité professionnelle même partielle,
- La liquidation de la pension de retraite de l'assuré,
- L'âge d'ouverture des droits à la retraite,
- Le décès de l'assuré.

■ **Article 17.5 : Maintien des prestations et revalorisation**

- En cas de résiliation du contrat ou du règlement, le service de la prestation en cours est maintenu jusqu'aux termes mentionnés à l'article précédent.
- Les indemnités journalières et les rentes sont revalorisées annuellement en fonction :
 - ▶ de l'évolution de la valeur du point de la Fonction Publique et,
 - ▶ de l'évolution de l'échelon lié à l'ancienneté maximum du grade atteint lors de l'arrêt initial.

→ **ARTICLE 18 : GARANTIE MINORATION DE RETRAITE SUITE A INVALIDITE**■ **Article 18.1 : Définition de la garantie, montant de la prestation**

La garantie minoration de retraite a pour objet de servir une rente viagère à l'assuré compensant la perte de retraite due à la cessation anticipée d'activité consécutive à une invalidité permanente survenu avant l'âge d'ouverture des droits à la retraite.

- L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie ci-avant.
- La perte de retraite est définie comme la différence entre le montant de la retraite que l'assuré aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité, et le montant total des diverses pensions dont l'assuré bénéficie (retraite CNRACL, de la sécurité sociale ou de l'IRCANTEC).

- ▶ Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs ne sont pas prises en compte dans la règle de cumul.
- ▶ En plus de tous les éléments constituant la reconstitution, le montant de la prestation est calculé en intégrant l'évolution de l'échelon lié à l'ancienneté maximum du grade atteint lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

■ Article 18.2 : Point de départ et service de la prestation

La rente est servie mensuellement et à terme échu à l'âge d'ouverture des droits à la retraite.

■ Article 18.3: Terme du versement

L'indemnisation cesse au décès de l'assuré.

→ ARTICLE 19 : CONTRÔLE MÉDICAL

- Pour les sinistres donnant lieu à la prise en charge partielle des indemnités versées à l'assuré 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, l'assureur s'engage à respecter les décisions de l'autorité territoriale 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, l'assureur se réserve le droit envers tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations, de réaliser des contrôles ou enquêtes ou de faire procéder à des visites médicales.
 - ▶ Si les renseignements fournis s'avèrent insuffisants pour se prononcer sur l'ouverture des droits ou la poursuite du service des prestations, l'assureur se réserve le droit de réclamer tout document et renseignement complémentaire.
 - ▶ Au vu des conclusions du contrôle médical, l'assureur 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'assuré directement ou par l'intermédiaire de la collectivité adhérente.
 - ▶ Si le résultat du contrôle est contesté par l'assuré ou par le médecin de l'assuré, ceux-ci peuvent demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par l'assureur ; les frais afférents à cette procédure seront supportés par l'assuré.
 - ▶ En tout état de cause, la contestation doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de la date à laquelle l'assuré 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 de l'assureur, 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 de l'assureur 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.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, la garantie de l'assurance est suspendue à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

→ ARTICLE 20 : RECOURS SUBROGATOIRE

L'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident, que la responsabilité du tiers dans l'événement soit totale ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a engagées.

→ ARTICLE 21 : INFORMATION DES BÉNÉFICIAIRES

■ Article 21.1 : Notice d'information

Conformément à l'article 19 du décret, une notice d'information établie par l'assureur 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 dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet du contrat ou du règlement.

ÉLÉMENTS TECHNIQUES

Valeur estimée de la participation financière par an : 710 000 € par an.

ANNEXE :

- compte de résultat
- démographie CUS



RISK
PARTENAIRES

Communauté urbaine de Strasbourg

CAHIER DES CHARGES

*Protection sociale complémentaire des agents
territoriaux*

« Convention de participation 'Santé' »

 *ACTE D'ENGAGEMENT*

 *CAHIER DES CHARGES*

 *CONDITIONS PARTICULIÈRES*

 *ÉLÉMENTS TECHNIQUES*

ACTE D'ENGAGEMENT



ARTICLE 1 – Pouvoir adjudicateur

La Communaute urbaine de Strasbourg, representee par son President.



ARTICLE 2 – CONTRACTANT

Je soussigne,

NOM et PRENOM _____

A completer au choix selon la nature de la candidature : (1)

→ Agissant en candidat unique

Identification : _____

Adresse : _____

Ou

→ Agissant comme mandataire du groupement constitue des membres suivants : (1) **Joindre le pouvoir.**

Identification et adresses des membres du groupement : _____

(1) Intitule complet, forme juridique, numero d'immatriculation et code d'activite.

- apres avoir pris connaissance du cahier des charges et des documents qui y sont mentionnes;
- et apres avoir produit les documents, certificats, attestations ou declarations exigees au reglement de la consultation,

m'engage, conformement aux stipulations des documents vises ci-dessus, a executer les prestations dans les conditions ci-apres definies.

L'offre ainsi presentee ne me lie toutefois que si son acceptation m'est notifiee dans un delai de 240 jours a compter de la date de remise des offres fixee par le reglement de la consultation.

Correspondance :

Coordonnees de la personne en charge de l'offre et a contacter en cas de besoin : (si differente de celles mentionnees ci-dessus)

Nom : _____ Prenom : _____

Tel#phone : _____ Fax : _____

Mail : _____

ARTICLE 3 – DURÉE DE LA CONVENTION DE PARTICIPATION

La convention de participation est conclue pour une durée de 6 ans à compter du 1^{ER} SEPTEMBRE 2014, pour se terminer le 31 AOUT 2020. Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an. La résiliation s'effectue dans les conditions de l'article 21 du décret n°2011-1474.

ARTICLE 4 – PAIEMENT/ MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Le paiement des cotisations sera effectué par la collectivité souscripteur pour le compte de ses agents.

Pour les agents retraités le prélèvement sera fait sur le compte bancaire de l'assuré.

Le paiement s'effectuera par mandat administratif et selon les dispositions spécifiques propres au Code des assurances et celles prévues au cahier des charges.

La collectivité adhérente ou les agents se libéreront des sommes dues en en faisant porter le montant au crédit du compte (joindre un RIB) :

Ouvert au nom de _____

Désignation du compte à créditer: _____

Établissement (libellé en toutes lettres): _____

Adresse: _____

Numéro du compte: _____

code banque: _____ clé: _____

code guichet: _____

ARTICLE 5 – MODALITES POUR LA TARIFICATION

■ Généralités

Les tarifications sont exprimées en % (pour cent) de l'assiette de cotisation.

■ Assiette de cotisation

- **pour la garantie de base**, en pourcentage
 - ▶ du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) indexé conformément aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale et, pour les agents actifs, en pourcentage,
 - ▶ du traitement indiciaire et de la nouvelle bonification indiciaire plafonné au plafond mensuel de la sécurité sociale, soumis à cotisation C.N.R.A.C.L. ou IRCANTEC.
- **pour la garantie supérieure**, en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) indexé conformément aux règles prévues par le Code de la Sécurité sociale

■ Précisions

- Le taux de cotisation change au 1er janvier suivant le 30ème anniversaire

■ Modification de la formule de garantie :

- Un assuré peut, à tout moment, choisir de souscrire de nouvelles options. La modification prend effet le premier jour du mois qui suit la date d'envoi du courrier de demande à l'assureur. Le versement des prestations liées à l'option nouvellement souscrite n'a lieu, pour la garantie de base et l'option plus qu'à l'achèvement d'un délai d'attente de trois mois à compter de l'adhésion de l'assuré ou de l'inscription de ses ayants droits.
- Un assuré peut dénoncer les options souscrites par courrier ou demande déposée auprès de l'assureur plus de deux mois avant la date d'échéance principale. Les options dénoncées ne pourront être à nouveau souscrites que deux années après la date d'effet de leur dénonciation.



ARTICLE 6 – TARIFICATION (à compléter par le candidat)

La tarification s'exprime en fonction du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

■ CNRACL

Actifs + 30 ans	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>
Agent seul				
Agent avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				

Actifs - 31 ans	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>
Agent seul				
Agent avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				

Retraités	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS		% PMSS	
Isolé				
Isolé avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				

■ AGENT DE DROIT LOCAL

Actifs + 30 ans	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>
Agent seul				
Agent avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				

Actifs - 31 ans	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>	% PMSS	% TIB + NBI <i>plafonné au PMSS</i>
Agent seul				
Agent avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				

Retraités	Garantie de base		Garantie supérieure	
	% PMSS		% PMSS	
Isolé				
Isolé avec enfant(s)				
Couple				
Couple avec enfant(s)				



ARTICLE 7 – MODALITES DE REPONSE AU CAHIER DES CHARGES – critère de notation n°1 (à compléter par le candidat)

Les dispositions du décret n° 2011-1474 et de ses arrêtés sont impératives, les réserves ou observations émises par les candidats ne peuvent remettre en cause les dispositions du décret susmentionné.

Le candidat s'engage à offrir à la population intéressée, pendant la durée du contrat ou du règlement et selon les modalités prévues au décret n° 2011- 1474 , l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées : **oui** **non**

Le candidat accepte sans réserve l'ensemble des dispositions du cahier des charges de la consultation.

Le candidat accepte les dispositions du cahier des charges de la consultation avec les réserves et observations ci-après listées.

Le candidat joint à son offre les conditions particulières spécifiques et les conditions générales n° _____ , date : _____ qui reprennent les éléments du cahier des charges à l'exception des réserves mentionnées ci-après.

Les conditions particulières mentionnant le paragraphe suivant : La présente convention résulte d'un marché. Les conditions d'engagement, réserves au cahier des charges et éventuelles négociations, arrêtées lors du marché, font partie intégrante du contrat, dans lequel elles s'insèrent. Ces conditions d'engagement prévalent sur les supports indiqués par l'assureur, lors de l'établissement du contrat, toutes les fois qu'elles sont plus favorables à l'assuré.

Modalités de rédaction des réserves ou observations au cahier des charges :

Les précisions ou réserves au cahier des charges doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive mentionnée ci-après. Elles doivent être numérotées et rappeler systématiquement les parties du cahier des charges qu'elles modifient.

Nombre total de réserves ou observations : _____

Feuille de réserve ou observations n°: ___/___



ARTICLE 8 – ANNEXES DE NOTATION (à compléter par le candidat)

■ **Article 8.1 : Degré effectif de solidarité (critère de notation n° 2)**

- ▶ Conformément au décret 2011-1474, le contrat ou le règlement proposé doit répondre aux critères **impératifs** suivants :
 - ▶ Les garanties sont exprimées soit en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie, soit en référence à la rémunération des agents, soit en valeur monétaire forfaitaire ;
 - ▶ Le rapport entre la cotisation ou la prime hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations prévues ci-après ;
 - ▶ Il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion.
Toutefois, la cotisation est majorée d'un coefficient lorsque l'adhésion de l'agent est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du présent décret, intervient plus de deux ans après la date de publication de celui-ci. Ce coefficient est calculé selon les modalités fixées par arrêté du 8 novembre 2011 (NOR : COTB1118917A). Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1er du décret 2011-1474. Les périodes antérieures à la date de publication du présent décret ne font pas l'objet de majoration. S'il est mis fin à la convention de participation, les périodes écoulées postérieurement sont prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'à l'expiration d'un délai d'un mois.
 - ▶ Les garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ;
 - ▶ Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi du souscripteur ;
 - ▶ Les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction du sexe du souscripteur ;
 - ▶ Les retraités bénéficient des mêmes garanties que les agents ;
 - ▶ Les contrats et règlements assurent un montant de remboursement ou d'indemnisation dans les conditions prévues par l'article 23 du décret du 19 septembre 2007 ;
 - ▶ Les tarifs des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

Le candidat s'engage sans réserve à respecter ces prescriptions minimales de solidarité :

oui non (offre irrégulière, voir règlement de consultation)

Autres éléments de solidarité pour lesquels le candidat s'engage :

Feuille de réserve ou observations n°: ___/___

■ **Article 8.2 : Maîtrise financière - convention de participation « Santé » (critère de notation n°3)**

► **Pièces à fournir**

En application du décret 2011-1474 et de l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif « *aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics dans le cas d'une convention de participation* », le candidat présente le dispositif de maîtrise financière de son offre.

Le candidat fournit un programme d'activité sur la période comprenant les éléments suivants :

- Une note décrivant la politique de développement et les prévisions d'adhésions envisagées sur la durée totale de la convention.
- Pour les cinq premiers exercices comptables de la convention, les comptes de résultats prévisionnels des opérations concernées, sur la base de deux hypothèses comparées :
 - ▶ L'ensemble de la population éligible adhère au dispositif ;
 - ▶ Seuls les agents et les retraités envisagés selon les prévisions d'adhésion précédentes, adhèrent au dispositif. Le candidat présente pour chaque hypothèse et pour chaque année l'évolution des cotisations.
- Une projection sur la durée totale de la convention de l'équilibre technique des opérations concernées, sur la base des hypothèses retenues concernant les évolutions des tarifs prévues dans les offres.
- Sur la base des hypothèses prévues ci-dessus, le candidat calcule, pour chacun des cinq premiers exercices, les prévisions de transferts de solidarité définies comme suit :
 - ▶ Montant de transferts intergénérationnels : somme des écarts constatés, pour chacun des adhérents ou souscripteurs retraités de l'employeur territorial concerné par la présente convention, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes ;
 - ▶ Montant de transferts familiaux égal à la somme des écarts constatés, pour chacun des ayants droit des adhérents ou souscripteurs, concernés par la présente convention, entre les prestations versées et les cotisations correspondantes.
 - ▶ Pour le calcul des transferts :
 - ▶ Les prestations sont d'abord majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes et minorées des reprises sur ces mêmes provisions.
 - ▶ Les prestations ainsi obtenues sont ensuite majorées d'un chargement de gestion forfaitaire à 10 %.
 - ▶ Les cotisations sont minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises puis majorées de la reprise sur cette même provision.

Les éléments justificatifs du calcul doivent être joints en annexe à la présente réponse.

Correspondance :

Coordonnées de l'actuaire rédacteur du programme d'activité :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Fax : _____

Mail : _____

Le candidat détaille l'ensemble des frais d'assureur (immobilisation réglementaire des capitaux propres, frais fixes et de structure, élaboration et émission des comptes techniques des polices, ...) et les frais de gestion.

► **Précisions relatives à l'évolution de la tarification**

Conformément au décret 2011-1474, 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 adhérents ou souscripteurs, évolutions démographiques, modifications de la réglementation.

Le candidat précise ci-après et pour chaque cas mentionnés ci-avant, l'éventuelle période de maintien de taux qu'il propose, les critères retenus par le candidat déterminant le changement significatif, la base de référence utilisée pour juger du dépassement.

Feuille de n° : ____ / ____

■ **Article 8.3 : Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques (critère de notation n° 4)**

Le candidat décrit ci-après les dispositifs qu'il propose.

Feuille de n° : ___ / ___

■ **Article 8.4 : Modalités de gestion et d'accompagnement (critère de notation n° 5)**

1) Délai de rédaction de la convention de participation et du contrat ou du règlement associé

Le candidat s'engage à rédiger la convention de participation et le contrat ou le règlement issu de celle-ci, en conformité avec ses engagements pris lors de la consultation, dans un **délai de** **jours** à compter de la notification qui lui est faite.

Montant des pénalités financières, versées à la CUS, en cas de retard de production des documents à compter du délai sur lequel s'engage le candidat : 100€ par jour de retard.

Les pénalités pour retard commencent à courir, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une mise en demeure, le lendemain du jour où le délai contractuel d'exécution des prestations, mentionné ci-avant, est expiré, sauf cas de force majeure ou fait de la CUS.

Le candidat accepte ces pénalités de retard : **oui** **non**

2) Interlocuteurs

N°	Éléments de gestion	Nom du prestataire et des personnes affectées au dossier
1	Interlocuteur permanent de la collectivité	
2	Mise en place du contrat ou du règlement	
3	Gestion des adhésions	
4	Gestion des cotisations	
5	Gestion des prestations	
6	Présentation du rapport visé à l'article 19 du décret 2011-1474	

3) Modalités d'information et d'accompagnement de la collectivité et des souscripteurs ou adhérents pour la promotion, la mise en place et la gestion du contrat ou du règlement

Il est à noter que la CUS souhaite une prise en charge intégrale par le prestataire des modalités d'information et d'accompagnement des souscripteurs et adhérents pour la promotion, la mise en place et la gestion du contrat ou du règlement.

Les candidats proposeront des modalités détaillées tenant compte de ces éléments (*nombre de réunions pour chaque étape du contrat, modalités d'organisation, documents fournis par le prestataire, ...*).

Le candidat s'engage-t-il à réaliser une réunion annuelle au sein de la CUS: **oui** **non**

Le candidat met-il à disposition des assurés un numéro non surtaxé de renseignements téléphoniques : **oui, n°:**

non coût par appel : _____

Éléments et moyens d'accompagnement à la mise en place du contrat et de la convention de participation

Éléments et moyens mis en place par le candidat pour la gestion des prestations :

Éléments et moyens d'information que le candidat apporte à la CUS sur la gestion du contrat et les indemnisations accordées et ce tout au long de la période d'assurance :

Feuille de n° : ___/___

4) Délai d'indemnisation des prestations

Le candidat s'engage à indemniser les prestations dues dans un **délai de** **jours**, aux conditions suivantes :

5) Liste des pièces à fournir pour la gestion du contrat ou du règlement

1. A la mise en place du contrat ou du règlement (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

2. Pour la gestion du contrat ou du règlement (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

3. Pour l'indemnisation des prestations (*coordonnées de l'organisme destinataire de ces pièces à préciser*)

--

6) Autres prestations1. Généralité

N°	Tableau des modalités de gestion des prestations santé	Oui	Non
1	Le candidat s'engage à faire bénéficier les assurés de la procédure « NOEMIE ».		
2	Le candidat accepte de procéder directement au remboursement des prestataires médicaux et pharmaceutiques		
3	Le candidat s'engage à respecter le libre choix des prestataires médicaux par le bénéficiaire, sans imposer un réseau particulier.		

2. Réseaux de soins / tiers payants

Le candidat s'attachera à indiquer plus particulièrement les professionnels proches géographiquement du souscripteur.

--

3. Autres éléments de gestion proposés par le candidat

Feuille de n° : ___ / ___

Le candidat pourra transmettre des attestations de bonne réalisation des prestations de gestion mentionnées ci-avant comportant le nom et la personne à contacter ou tout élément justificatif.

Engagement du candidat

J'affirme, sous peine de résiliation de plein droit de la convention ou de sa mise en régie à mes torts exclusifs ou aux torts exclusifs de la société pour laquelle j'interviens, que je ne tombe pas ou que ladite Société ne tombe pas sous le coup des interdictions découlant de l'article 50 de la loi n°52-401 du 14 avril 1952, modifié par l'article 56 de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978.

Fait en un seul original

mention (s) manuscrite (s)

à _____

« lu et approuvé »

le _____

signature (s) du titulaire.

En cas de groupement, la signature du mandataire engage tous les membres du groupement.

Acceptation de l'offre par la personne publique

Est acceptée la présente offre, modifiée par les éventuelles précisions et négociations, pour valoir acte d'engagement.

Le représentant de la personne publique, dûment autorisé, selon les options de garanties, de franchises et de cotisation retenues :

Durée de la convention de participation : 6 ans

Date d'effet de la convention de participation : 1^{ER} SEPTEMBRE 2014

à _____

le _____

Notification de l'accord

Reçu notification

le _____

Le titulaire

Reçu l'avis de réception postal de la notification.

Signé le

par le titulaire destinataire

Le

(date d'apposition de la signature ci- après)

Pour le représentant de la personne publique.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

INDEX



DÉFINITIONS



IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR



DÉFINITIONS



TITRE I – MODALITÉS RELATIVES A LA CONVENTION DE PARTICIPATION

- ARTICLE 1 : OBJET
- ARTICLE 2 : PRESTATIONS ET OPTIONS DE GARANTIES DEMANDÉES
- ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET ET DURÉE
- ARTICLE 4 : PARTICIPATION DE LA COLLECTIVITÉ



TITRE II – DISPOSITIONS TARIFAIRES

- ARTICLE 5 : ASSIETTE DE LA COTISATION
- ARTICLE 6 : DÉCLARATION DES ELEMENTS DE CALCUL
- ARTICLE 7 : PAIEMENT DE LA COTISATION
- ARTICLE 8 : DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DE LA COTISATION
- ARTICLE 9 : ÉVOLUTION DE LA COTISATION



TITRE III – MODALITÉS RELATIVES AUX GARANTIES DU CONTRAT OU AU REGLEMENT

- ARTICLE 10 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES
- ARTICLE 11 : POPULATION VISÉE
- ARTICLE 12 : ADMISSION AU BÉNÉFICE DES GARANTIES
- ARTICLE 13 : PRESCRIPTION
- ARTICLE 14 : RISQUES EXCLUS
- ARTICLE 15 : RECOURS SUBROGATOIRE
- ARTICLE 16 : INFORMATION DES BÉNÉFICIAIRES
- ARTICLE 17 : CLAUSE D'ARBITRAGE



ÉLÉMENTS TECHNIQUES

CONDITIONS PARTICULIÈRES



TEXTES APPLICABLES

- Les codes des Assurances, de la Mutualité et de la Sécurité Sociale
- Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés



IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

- Souscripteur de la convention de participation : La Communauté urbaine de Strasbourg, ci-après dénommé la CUS. La CUS agit tant pour son compte que pour le compte de la ville de Strasbourg.
- Souscripteur du contrat issu de la convention de participation : La CUS.



DÉFINITIONS

- Collectivité : la CUS, souscripteur du contrat.
- Assureur : opérateur choisi par la CUS qui porte et provisionne les risques définis par les documents de la consultation.
- Convention de participation : convention de contribution au financement des garanties de protection sociale complémentaire conclue entre la CUS et l'assureur au titre d'un contrat ou d'un règlement.
- Contrat ou règlement : contrat ou règlement retenu à l'issue de la procédure de mise en concurrence et constitué des éléments énoncés dans l'acte d'engagement et les présentes conditions particulières, amendées ou non lors de la consultation, complétées des conditions générales du candidat.
- Gestionnaire : l'assureur ou tout autre organisme qui a en charge tout ou partie des actes de gestion relatifs au contrat ou au règlement et à la convention de participation.
- Adhérent, souscripteur : Agent de droit privé ou de droit public ou ancien agent de la collectivité, adhérent ou souscripteur du contrat.
- Assuré : Adhérent, souscripteur, bénéficiaire des garanties.



TITRE I – MODALITÉS RELATIVES A LA CONVENTION DE PARTICIPATION

Aux conditions générales n° _____, date : _____ ci-jointes et aux présentes conditions particulières, les clauses les plus favorables au bénéficiaire primant sur l'un ou l'autre des textes, l'assureur verse aux bénéficiaires les prestations définies ci-après.

→ **ARTICLE 1 : OBJET**

La convention de participation est passée au titre d'un contrat collectif à adhésion facultative ayant pour objet d'assurer le versement de prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

→ **ARTICLE 2 : PRESTATIONS ET OPTIONS DE GARANTIES DEMANDÉES**

- Voir tableau annexe.
- Le contrat est un contrat « responsable » au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004 et soumis aux principes de solidarité intergénérationnelle énoncés par l'article 22 bis de la loi 88-634 du 13 juillet 1983 et par le décret n° 2011-1474. Il restera toujours à la charge du bénéficiaire le montant minimum prévu par les textes réglementaires pour conserver au contrat son caractère de « contrat responsable ».
- Le remboursement cumulé des prestations versées par la Sécurité Sociale et les prestations du présent contrat ne peuvent en aucun cas être supérieures au montant des frais réels engagés.

→ **ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET ET DURÉE**

- La convention de participation est conclue pour une durée de 6 ans à compter du 1ER SEPTEMBRE 2014, pour se terminer le 31 AOÛT 2020.
Elle peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.
- Le contrat issu de la convention de participation suit le sort de la convention de participation et s'achève ou se poursuit en même temps que celle-ci.
- La résiliation s'effectue dans les conditions de l'article 21 du décret n°2011-1474.

→ **ARTICLE 4 : PARTICIPATION DE LA COLLECTIVITÉ**

Le montant prévisionnel de la participation employeur au lancement de la consultation est mentionné en annexe. Ce montant est définitivement déterminé et communiqué à l'assureur attributaire, après décision de l'assemblée délibérante.

**TITRE II - DISPOSITIONS TARIFAIRES**→ **ARTICLE 5 : ASSIETTE DE LA COTISATION**

- La garantie est accordée moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle.
- L'assiette de cotisation est constituée des éléments mentionnés à l'acte d'engagement.

→ **ARTICLE 6 : DÉCLARATION DES ELEMENTS DE CALCUL**

- La cotisation due sera calculée à partir des éléments composant l'assiette de cotisation, communiqués par la collectivité.
- L'assureur liste dans l'acte d'engagement les documents de déclaration à fournir par la collectivité et leur périodicité.

→ **ARTICLE 7 : PAIEMENT DE LA COTISATION**

La cotisation est payée selon les modalités précisées à l'acte d'engagement.

Pour les agents de la collectivité, les cotisations sont précomptées mensuellement par la collectivité sur le bulletin de salaire à terme échu et versées trimestriellement à l'assureur.

Si la cotisation annuelle ne correspondait pas à la cotisation prévue au contrat, il serait procédé à un ajustement en début d'année suivante sur la base d'un état nominatif faisant apparaître les entrées et les sorties des assurés en cours d'exercice.

Pour les agents retraités, le prélèvement s'effectue mensuellement sur le compte bancaire de l'assuré.

→ **ARTICLE 8 : DÉFAUT OU RETARD DE PAIEMENT DE LA COTISATION**

- Retard administratif de paiement des cotisations : la collectivité est une personne publique soumise aux procédures administratives de mandatement administratif, le prestataire s'engage à ne pas appliquer les dispositions ci-avant relatives à la suspension ou à la résiliation des garanties (ou celles de même nature résultant des dispositions législatives ou réglementaires) si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.
- En cas de défaut de paiement de la cotisation dans le mois qui suit son échéance, l'assureur, conformément aux dispositions de l'article L113-3 du Code des Assurances, suspend les garanties de l'adhérent ou du souscripteur 30 jours après l'envoi, par lettre recommandée, d'une mise en demeure, à l'adhérent ou au souscripteur, à la collectivité et résilie l'adhésion 10 jours après.
L'adhésion non résiliée reprendra effet à midi le lendemain du jour où auront été payées à l'assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuite et de recouvrement.

→ **ARTICLE 9 : ÉVOLUTION DE LA COTISATION**

- Conformément à l'article 20 du décret 2011-1474, 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 adhérents ou souscripteurs,

- Évolutions démographiques,
 - Modifications de la réglementation.
- L'assureur informe par courrier recommandé la collectivité au plus tard le 1er mars en cas de majoration de dépassement des limites tarifaires à compter du 1er janvier suivant. La collectivité a cinq mois pour faire part à l'assureur de sa décision. L'assureur accompagne son courrier d'une présentation des circonstances visées par le décret à l'origine de cette majoration et apporte les éléments justificatifs du caractère significatif de ces changements.



TITRE III – MODALITÉS RELATIVES AUX GARANTIES DU CONTRAT OU AU REGLEMENT

→ ARTICLE 10 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

- Les garanties prennent effet à la date mentionnée à l'acte d'engagement et selon les conditions d'admission au bénéfice des garanties prévues ci-après.
- A l'occasion de la naissance d'un enfant, les garanties du contrat sont immédiates, la cotisation sera calculée s'il y a lieu à partir du 1er mois suivant la naissance.
- Les garanties cessent de produire leurs effets :
- à la date à laquelle l'assuré ou le bénéficiaire ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties du contrat ;
 - en cas de non-paiement de la cotisation ;
 - en cas de position hors cadre ;
 - après un an de disponibilité sur demande de l'intéressé ;
 - en cas de cessation d'activité pour l'assuré admis à faire valoir ses droits à la retraite sauf dans le cas où il adhère en qualité de retraité au présent contrat ;
 - au décès de l'assuré, dans ce cas, les garanties pourront être maintenues à la demande des ayants droit,
 - au 1^{er} Janvier lors d'une résiliation de son adhésion par l'assuré sous réserve du respect d'un préavis de deux mois,
 - conformément à l'article 21 du décret n°2011-1474, au premier jour du deuxième mois qui suit le non renouvellement ou la résiliation de la convention pour non respect des dispositions du décret.
 - à la date d'effet de la résiliation de la convention de participation et du contrat afférent.
- Pour tout assuré ainsi que ses ayants droit, bénéficiaires du régime de protection, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel elle prend fin.
- En cas de cessation des garanties, l'organisme d'assurance s'engage à leur faire parvenir une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la résiliation des garanties. L'assuré et ses ayants droit, bénéficiaires des garanties, auront la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que le prestataire ne puisse opposer aucun motif de refus. Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande.
- Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée et il ne sera pas exigé de formalités médicales.

→ ARTICLE 11 : POPULATION VISÉE

- Peuvent être admis à la souscription du contrat ou du règlement :
- les fonctionnaires et agents non titulaire de la collectivité, de droit public et de droit privé, inscrits à l'effectif de la collectivité,
 - les agents mis à disposition de la collectivité, si la collectivité dont ils dépendent les y autorise ;
 - les fonctionnaires et agents accueillis en détachement par la collectivité ;
 - les agents à la retraite pour leur dernière collectivité d'emploi ;
- ci-après dénommés l'assuré.
- Les ayants droit de l'assuré :
 - ▶ le conjoint de l'assuré,
 - ▶ le concubin l'assuré tel qu'il est défini à l'article 515-8 du Code civil,
 - ▶ la personne ayant conclu un PACS avec l'assuré, conformément à l'article 515-1 du Code Civil,
 - ▶ Les enfants de l'assuré ou de l'ayant-droit mentionné ci-avant
 - ▶ jusqu'à l'âge de 20 ans, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré ou l'ayant-droit mentionné ci-avant est tuteur ou enfants recueillis.
 - ▶ jusqu'à l'âge de 25 ans, s'ils remplissent au moins l'une des conditions suivantes :
 - poursuite des études ;
 - perception de revenus annuels, soumis à impôts, inférieurs au plafond prévu par l'article L.380-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
 - bénéficiaire d'une pension alimentaire versée par l'assuré conformément aux dispositions de l'article

156.II 2° du Code de la Sécurité Sociale.

→ **ARTICLE 12 : ADMISSION AU BÉNÉFICE DES GARANTIES**

- L'adhésion s'effectue sans contrôle médical.
- Si l'assureur souhaite proposer des carences ou des franchises sur certains risques, le bénéficiaire précédemment couvert pour ces garanties, obtiendrait immédiatement les garanties du présent contrat dans les limites de sa précédente couverture.

→ **ARTICLE 13 : PRESCRIPTION**

Toute action dérivant de la convention de participation est prescrite conformément à la législation applicable.

→ **ARTICLE 14 : RISQUES EXCLUS**

- **Sont exclus les risques résultants :**
 - **Du fait de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante.**
 - **Du fait de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu ou se déroule ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active.**

→ **ARTICLE 15 : RECOURS SUBROGATOIRE**

L'assureur est subrogé dans les droits de l'assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident, que la responsabilité du tiers dans l'événement soit totale ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'assureur a engagées.

→ **ARTICLE 16 : INFORMATION DES BÉNÉFICIAIRES**

- **Article 16.1 : Notice d'information**
Conformément à l'article 19 du décret, une notice d'information établie par l'assureur 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 dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet du contrat ou du règlement.
- **Article 16.2 : Modification des garanties**
Il incombe à la collectivité d'informer les assurés par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations. L'assureur apporte les éléments permettant cette information.

→ **ARTICLE 17 : CLAUSE D'ARBITRAGE**

- Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes, celles-ci s'engagent, en cas de difficultés et avant toute autre procédure, à s'en reporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par les parties en présence.
- En cas de désaccord, les arbitres choisiraient un tiers arbitre. A défaut d'entente sur ce choix, le troisième arbitre serait nommé en référé par le Président du Tribunal Administratif compétent, à la requête de la partie la plus diligente.
- Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'aura pas été rendue.
- Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

Fait à _____ en _____ exemplaires, le

LE SOUSCRIPTEUR,

L'ASSUREUR,

ÉLÉMENTS TECHNIQUES

Valeur estimée de la participation financière par an : 5 490 000 € par an

Ce montant sera ventilé selon la composition familiale et ajusté pour le régime de droit local.

ANNEXES :

- compte de résultat
- tableau de garanties CNRACL 2013
- tableau de garanties contractuels / auxiliaires 2013
- démographie CUS

- tableau de garanties demandées (identiques aux tableaux de garanties 2013 à l'exception des mises à jour de montants et des frais d'obsèques), **avec les précisions suivantes :**

Sont exclus :

- les frais liés au placement dans un établissement de long séjour pour personnes âgées ;
- les frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées définies par la loi N°75-534 du 30 juin 1975 ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médico-sociales définies par la loi N°75-535 du 30 juin 1975 ;
- le remboursement de la chambre particulière dans le cadre des séjours (hospitalisations, cures, postcures) en service de psychiatrie ;
- la chirurgie esthétique, sauf si l'intervention est consécutive à un accident et en cas de participation du régime d'assurance maladie obligatoire.

Limitation commune aux deux garanties

La prise en charge du forfait hospitalier lors de séjours (hospitalisations, cures, postcures) en service de psychiatrie est limitée à 30 jours d'hospitalisations, continus ou discontinus, par an.

Garantie de base

A. PRESTATIONS

L'assuré et ses ayants droit, inscrits à la garantie de base, bénéficient des prestations énumérées ci-après.

1 – TICKET MODERATEUR

L'assureur prend en charge le remboursement intégral du ticket modérateur laissé à la charge d'assuré et ayants droit par le régime d'assurance maladie obligatoire.

2 – HOSPITALISATION

L'assureur participe, dans les conditions ci-après, aux frais d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Sont exclus de la garantie :

- les examens et actes préalables à une hospitalisation,
- les traitements postérieurs à l'hospitalisation,
- l'appareillage qui pourrait être nécessaire à la suite de l'intervention,
- les frais de transport à l'exclusion du ticket modérateur.

A) TICKET MODERATEUR

L'assureur prend en charge le ticket modérateur appliqué par le régime obligatoire sur l'ensemble des frais d'hospitalisation.

B) FORFAIT JOURNALIER

L'assureur prend intégralement en charge le forfait journalier hospitalier, hors séjours psychiatriques, prévu par l'article L174-4 du Code de la Sécurité Sociale.

C) CHAMBRE PARTICULIERE

L'assureur prend en charge les frais de séjour en chambre particulière en cas d'hospitalisation avec l'hébergement, y compris en cas de maternité. La chambre particulière, en cas de séjours (hospitalisations, cures, postcures) en service de psychiatrie n'est jamais prise en charge.

D) HONORAIRES MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

L'assureur prend en charge les honoraires médicaux et chirurgicaux y compris les actes de diagnostic et de radiologie à concurrence de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale établis d'après la nomenclature générale des actes professionnels ou la Classification Commune des Actes Médicaux. Cette prestation s'ajoute à celle servie par le régime d'assurance maladie obligatoire.

E) FRAIS D'ACCOMPAGNANT

L'assureur rembourse les frais d'un accompagnant quel qu'il soit, sous réserve que la personne hospitalisée soit assurée, ceci dans les conditions suivantes :

- pour les enfants de moins de 10 ans,
- pour les personnes âgées (65 ans ou 60 ans si elles sont reconnues invalides) à condition que l'hospitalisation ait lieu pour une intervention chirurgicale et sur présentation d'une prescription médicale justifiant l'accompagnement.

Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.

F) SEJOUR EN ETABLISSEMENT NON CONVENTIONNE

La prise en charge ne peut être supérieure à celle que l'assureur verserait si l'intéressé avait séjourné dans l'hôpital public ou l'établissement privé conventionné le plus proche du lieu d'hospitalisation.

3 – FRAIS DENTAIRE**A) SOINS DENTAIRE**

Participation à hauteur de 150 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale versée pour les inlays et les onlays ayant fait l'objet d'un remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire sur présentation d'une facture détaillée et acquittée.

B) PROTHESES DENTAIRE, PARODONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE

La participation de l'assureur intervient sur présentation :

- soit du décompte établi par le régime obligatoire pour les prothèses dentaires identifiables et remboursables, inscrites et codifiées à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux à raison de 150 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale,
- soit d'une facture détaillée et acquittée pour les actes non identifiables ainsi que pour les actes de parodontologie et d'implantologie.

La participation de l'assureur versée pour l'ensemble des actes prothèses dentaires, parodontologie et implantologie est limitée à 750 € par an et par bénéficiaire.

Sont inclus dans ce montant :

- une participation à hauteur de 100 € versée en cas de scanner dentaire pré-implantaire et CONE BEAM ;
- une participation à hauteur de 64,50 €, versée dans le cas de prothèses provisoires, dans la limite de deux participations par an et par bénéficiaire.

Dans le cas de prothèse fixée concernant le bloc antérieur du maxillaire supérieur dans son ensemble (de canine à canine) par couronnes ou éléments de bridge, une demande prise en charge spécifique pourra être sollicitée sans conditions de ressources pour les honoraires dépassant le plafond défini.

L'assureur présentera ci-après les dispositions relatives à cette prise en charge :

A compléter :

4 – ORTHODONTIE

Participation à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale aux frais d'orthodontie accordés par le régime obligatoire.

5 – DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Participation à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les actes suivants pratiqués en dehors d'une hospitalisation : consultations – visites – actes de chirurgie – actes de diagnostic et de radiologie et ceci en sus du ticket modérateur.

En cas de soins dispensés par un praticien non conventionné, la participation est calculée sur la base du tarif de responsabilité en vigueur pour le praticien conventionné.

6 – OPTIQUE

Participation aux frais de lunetterie, équivalente à 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, sous réserve que les frais engagés aient fait l'objet d'une participation du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré, limitée à une participation par an et par bénéficiaire.

Participation supplémentaire équivalente à 4,5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, aux seuls frais de verres progressifs, dans la limite d'une seule intervention par an et par bénéficiaire.

Participation à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les lentilles de contact sous réserve que ces lentilles aient fait l'objet d'une prescription médicale, dans la limite d'une participation par an et par bénéficiaire.

En cas de chirurgie réfractive de l'œil, il sera versé une participation de 11% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale par œil traité. Cette prestation interviendra dans la limite d'une prise en charge quinquennale pour chaque œil.

7 – PRESTATIONS SANITAIRES (dispositifs médicaux à usage individuel)

Participation à raison de 50 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale aux frais prévus aux titres et articles suivants, figurant sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale : Titre I à l'exception :

- des pansements
- d'une participation forfaitaire fixée à 7 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale pour les postiches dans la limite de deux interventions par an et par bénéficiaire.

8 – ORTHESES ET PROTHESES EXTERNES

Participation à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale aux frais prévus aux titres et articles suivants, figurant sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale :

TITRE II

- Chapitre 1 : orthèses
- Chapitre 3 : appareils électroniques de surdité
- Chapitre 4 : prothèses externes non orthopédiques
- Chapitre 5 : prothèses oculaires et faciales
- Chapitre 6 : podo-orthèses
- Chapitre 7 : orthoprothèses

9 – VEHICULES POUR HANDICAPES PHYSIQUES (fauteuils roulants)

Participation à raison de 50 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale pour l'acquisition et les réparations sur les véhicules figurant au Titre IV de la liste prévue à l'Article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, limitée à une intervention par bénéficiaire tous les 5 ans pour l'acquisition et tous les ans pour les réparations.

10 – CURE THERMALE

Participation aux frais d'hébergement de cure thermale ou de transport, à hauteur de 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, par an et par bénéficiaire, sous réserve d'une participation du régime obligatoire aux frais de cure.

11 – FRAIS DE VACCINATION

Remboursement des frais de vaccination contre la grippe à concurrence de 100% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

12 – ASSISTANCE**L'assureur présentera ci-après les dispositions relatives à cette prise en charge :**

A compléter :

13 – PRIME DE NAISSANCE

Une prime, égale à 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, est versée à la naissance de chaque enfant né viable ou en cas d'adoption. Pour avoir droit à cette prestation, l'assuré doit demander l'inscription de l'enfant dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption, avec entrée en vigueur le 1er jour du mois de la naissance ou adoption et présenter tout document justificatif.

14 – PRIME DE MARIAGE

Une prime, égale à 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, est versée à chaque assuré au moment de son mariage, sur présentation de tout document justificatif.

15 – ALLOCATION ORPHELIN

Une allocation annuelle, égale à 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, est versée aux enfants orphelins ayants droit de la garantie si le défunt (père ou mère) était affilié à la garantie jusqu'à son décès. Elle est versée une fois par an, au tuteur ou à l'organisme de tutelle.

Une allocation annuelle, égale à 40 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, est versée à la personne qui assure la charge effective et permanente d'un enfant ayant droit orphelin de père et de mère, ou de mère célibataire, si l'un des parents était affilié à la garantie jusqu'à son décès. Elle est versée au prorata trimestriellement à compter du mois où l'enfant est orphelin.

Ces deux allocations ne sont pas cumulables leur versement prend fin au 20ème anniversaire de l'orphelin.

16 – AIDE FAMILIALE

Participation aux frais dans la limite de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an.

Cette prestation est accordée sur présentation de justificatifs, d'un certificat médical précisant que l'état de santé de l'assuré nécessite une aide familiale, et sous réserve d'une participation d'un régime de protection sociale obligatoire.

17 – SOINS A L'ETRANGER

Pour les soins dispensés à l'étranger ayant fait l'objet d'une participation du régime obligatoire d'assurance maladie, l'assureur intervient, sur présentation des justificatifs :

A) POUR LES SOINS AMBULATOIRES

Versement d'une prestation égale à celle servie par l'organisme de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés.

Le remboursement pourra être plus élevé si les documents qui sont transmis à l'assureur permettent de calculer la prestation qui aurait été versée si les soins avaient été dispensés en France. Si ce montant est supérieur, l'indemnisation sera calculée sur cette base à la place de l'indemnisation forfaitaire.

B) POUR LES FRAIS D'HOSPITALISATION

Participation dans la limite des dépenses engagées et restant à la charge de l'assuré sur la base d'un montant forfaitaire, à savoir:

- un forfait de 150 € par journée d'hospitalisation pour les frais de séjour,
- un forfait de 30€ par journée d'hospitalisation pour les honoraires médicaux ; le remboursement pourra être plus élevé si les documents qui sont transmis à l'assureur permettent de calculer la prestation qui aurait été versée si les soins avaient été dispensés en France.

20 – PREVENTION**A) DENSITOMETRIE OSSEUSE**

Remboursement d'une participation forfaitaire maximale de 2% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale limitée à une intervention par an et par bénéficiaire.

Dans l'hypothèse d'un acte remplissant les conditions de l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale et donc remboursable par l'assurance maladie obligatoire, l'assureur remboursera le ticket modérateur en sus de la participation forfaitaire

B) REMBOURSEMENT DES VACCINS

Le ticket modérateur des vaccinations suivantes :

- a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- b) Coqueluche : avant 14 ans ;
- c) Hépatite B : avant 14 ans ;
- d) BCG : avant 6 ans ;
- e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f) Haemophilus influenzae B ;
- g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Option supérieure

Les prestations énumérées ci-après s'ajoutent à celles versées, d'une part, par la Sécurité Sociale et d'autre part, par la **Garantie de base** dans la limite des frais réellement engagés.

1 - DEPASSEMENT D'HONORAIRES EN CAS D'HOSPITALISATION

100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale.

2 - SOINS REALISES SANS HOSPITALISATION

Participation à raison de 100% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les actes relevant des codes de regroupement ADC, ACO et ADA (selon la classification commune des actes médicaux).

3 - FRAIS DENTAIRE**A) SOINS DENTAIRE**

Participation à raison de 150 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, versée pour les inlays et les onlays ayant fait l'objet d'un remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire sur présentation d'une facture détaillée et acquittée.

B) PROTHESES DENTAIRE, PARODONTOLOGIE ET IMPLANTOLOGIE

Cette participation est versée sur présentation :

- soit du décompte établi par le régime obligatoire pour les prothèses dentaires identifiables et remboursables, inscrites et codifiées à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux à raison de 150 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale,

- soit d'une facture détaillée et acquittée pour les actes non identifiables ainsi que les actes de parodontologie et d'implantologie

La participation de l'assureur versée pour l'ensemble des actes prothèses dentaires, parodontologie et implantologie est limitée à 750 € par an et par bénéficiaire.

Dans le cas de prothèse fixée concernant le bloc antérieur du maxillaire supérieur dans son ensemble (de canine à canine) par couronnes ou éléments de bridge, la commission sociale pourra être sollicitée sans conditions de ressources pour les honoraires dépassant le plafond défini.

4 – ORTHODONTIE

Participation supplémentaire aux frais d'orthodontie accordés par le régime obligatoire à hauteur de 50 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale

5 - FRAIS D'OPTIQUE

Participation supplémentaire pour frais de lunetterie jusqu'à 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés et

sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une participation du régime obligatoire d'assurance maladie de l'assuré ou de l'ayant droit, limitée à une participation par an et par bénéficiaire.

Participation supplémentaire à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les lentilles de contact sous réserve que ces lentilles aient fait l'objet d'une prescription médicale dans la limite d'une participation par an et par bénéficiaire.

6 - CURE THERMALE

Participation forfaitaire supplémentaire aux frais d'hébergement ou de transport à hauteur de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, sous réserve d'une participation du régime obligatoire aux frais de cure.

7 - ORTHESES ET PROTHESES EXTERNES

Participation à raison de 100 % des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale aux frais figurant sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale : Titre II - Chapitre 3 : appareils électroniques de surdité.

8 - PREVENTION SANTE

Dans la limite d'un forfait de 120 € par an et par bénéficiaire, prise en charge des frais suivants :

- Ostéopathie et chiropractie : 30 € par séance jusqu'à 3 séances par an et par bénéficiaire (Consultation auprès de titulaires d'un diplôme sanctionnant une formation spécifique à l'ostéopathie ou la chiropractie délivrée dans un établissement de formation agrée par le ministre chargé de la santé).*
- Médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité Sociale : 50 € par an et par bénéficiaire.*
- Diététique : 30 € par séance jusqu'à 3 séances par an et par bénéficiaire (Consultation sur prescription médicale auprès du diététicien titulaire du diplôme d'Etat français de diététicien article L4371-1 du code de la santé publique).*
- Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale : 50 € par an et par bénéficiaire (Sont exclus du remboursement les vaccins contre la fièvre jaune, l'encéphalite japonaise et la fièvre typhoïde).*
- Substituts nicotiniques sur prescription médicale : 50 € par an et par bénéficiaire.*
- Contraception pour les jeunes de 16 ans à 30 ans : 50 € par an et par bénéficiaire (Contraceptifs féminins et masculins, contraception d'urgence, non remboursés par la Sécurité Sociale).*
- Orthèse anti-ronflement : 70 € par an et par bénéficiaire, pour le remboursement d'une Orthèse d'avancée mandibulaire.*
- Thérapies corporelles : actes réalisés par un Kinésithérapeute Diplômé d'Etat, micro-kinésithérapie ou méthode Mézières ou reconstruction posturale : 30 € par séance jusqu'à 3 séances par an et par bénéficiaire.*



RISK
PARTENAIRES

Communauté urbaine de Strasbourg

**RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE
CONSULTATION**

*Protection sociale complémentaire
à destination des agents de la CUS
et de la ville de Strasbourg*

*Convention de participation « risque prévoyance »
&
Convention de participation « risque santé »*

PREAMBULE

■ **Évolution législative**

Afin de renforcer l'attractivité à l'embauche et la fidélisation des agents en poste, le rôle de l'Employeur Public vis-à-vis de ses agents, en matière d'accompagnement social dans le domaine de la protection sociale complémentaire a évolué et s'est trouvé précisé par les textes suivants :

- ▶ Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 dite de modernisation de la fonction publique
- ▶ Loi n°2007-209 du 19 février 2007 relative à la fonction publique territoriale
- ▶ Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique
- ▶ Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique
- ▶ Décret n° 2011-1474 et arrêtés du 8 novembre 2011 relatifs à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

■ **Dispositif auquel sont soumis les employeurs territoriaux**

- ▶ Les dépenses pour les prestations d'actions sociales sont désormais inscrites dans la liste des dépenses obligatoires des collectivités.
- ▶ Le pouvoir décisionnel des collectivités et des établissements publics locaux détermine le type d'actions et le montant des dépenses qu'il entend engager pour la réalisation des prestations action sociale.
- ▶ Les employeurs publics territoriaux peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'ils emploient souscrivent.
 - ▶ La participation est réservée aux contrats en matière de santé ou de prévoyance garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires.
 - ▶ Les collectivités peuvent à ce titre conclure à l'issue d'une procédure de mise en concurrence transparente et non discriminatoire une « convention de participation » avec un des organismes suivants :
 - ▶ mutuelles ou unions relevant du livre II du Code de la mutualité ;
 - ▶ institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale ;
 - ▶ entreprises d'assurance mentionnées à l'article L. 310-2 du Code des assurances.

Dans ce cadre, la communauté urbaine et de Strasbourg et la ville de Strasbourg souhaitent proposer à leurs agents une couverture sociale complémentaire en Prévoyance et en Santé par la mise en place de deux conventions de participation, objet du présent marché.

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONSULTATION

La Communauté urbaine de Strasbourg procède, pour son compte et pour le compte de la ville de Strasbourg, à la présente consultation en vue de proposer à leurs agents une protection sociale complémentaire sous la forme d'une convention de participation couvrant le risque « prévoyance » et d'une convention de participation couvrant le risque « santé ».

ARTICLE 2 – PARTIES AU MARCHE

- Le pouvoir adjudicateur, souscripteur de la convention de participation : la Communauté urbaine de Strasbourg, représentée par son Président, ci-après dénommé la CUS agissant tant pour son compte que pour le compte de la ville de Strasbourg.
- Assureur : opérateur économique qui porte et provisionne les risques définis par les documents de la consultation.

ARTICLE 3 – CARACTERISTIQUES DE LA CONSULTATION

■ 3.1 : Procédure de la consultation

La présente consultation est lancée en application du décret 2011-1474 du 8 novembre 2011.

■ 3.2 : Mode de dévolution de la consultation

La présente consultation concerne deux conventions de participation :

- ▶ Convention de participation pour le risque de « Prévoyance »
- ▶ Convention de participation pour le risque de « Santé »

■ 3.3 : Durée des convention de participation

Les conventions sont conclues pour une durée de 6 ans, à compter du 1er SEPTEMBRE 2014, pour se terminer le 31 AOUT 2020.

Elle peuvent être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.

Le contrat issu de chaque convention de participation suit le sort de la convention de participation et s'achève ou se poursuit en même temps que celle-ci.

La résiliation s'effectue dans les conditions du décret n°2011-1474.

■ 3.4 : Langue

Toutes les offres et correspondances relatives au marché sont à rédiger en langue française.

■ 3.5 : Unité Monétaire

Toutes les offres relatives au marché sont à rédiger en euro (€).

■ 3.6 : Modalité de paiement

Les prestations objet de la présente consultation seront rémunérées dans les conditions fixées par le code des assurances, le code de la sécurité sociale ou le code de la mutualité et les cahiers des charges.

■ 3.7 : Propriété intellectuelle

Le titulaire de la convention reconnaît être tenu au secret professionnel et à l'obligation de discrétion pour tout ce qui concerne les frais, informations, études et décisions dont il aura eu connaissance au cours de sa mission.

Il s'interdit notamment toute communication écrite ou verbale et toute remise de documents à des tiers sans l'accord préalable du pouvoir adjudicateur.

ARTICLE 4 – MODALITES DE LA CONSULTATION

■ 4.1 : Documents constitutifs du dossier de consultation

Le dossier de consultation est constitué des documents suivants :

- ▶ Le présent règlement de consultation,
- ▶ Le cahier des charges de la convention de participation « Prévoyance »
- ▶ Le cahier des charges de la convention de participation « Santé »
- ▶ Les éléments techniques.

Les éléments techniques sont donnés à titre indicatif. L'attention des candidats est attirée sur le fait que le tableau technique de recueil des informations peut comporter des imprécisions.

■ 4.2 : Modification de détail au dossier de consultation

La CUS se réserve le droit d'apporter au plus tard DIX jours francs avant la date limite fixée pour la remise des offres des modifications de détail au présent dossier de consultation. Les candidats devront alors répondre sur la base du dossier modifié sans pouvoir élever aucune réclamation à ce sujet.

Si, pendant l'étude du dossier par les candidats, la date limite fixée pour la remise des offres est reportée, la disposition précédente est applicable en fonction de cette nouvelle date.

■ 4.3 : Conditions de participation

Dans le cadre de la présente procédure, les candidats peuvent se présenter individuellement ou sous forme de groupement conjoint. Le mandataire du groupement ne pourra pas présenter plusieurs offres en agissant à la fois en qualité de candidat individuel et de membre d'un ou de plusieurs groupements.

En cas de groupement conjoint, la recevabilité administrative des candidats est analysée pour chaque opérateur économique. L'appréciation des capacités professionnelles, techniques et financières du groupement est globale.

■ 4.5 : Modalités de réponse à la consultation

Les candidats peuvent présenter une offre pour une seule convention ou les deux conventions.

Un candidat ne peut pas présenter plusieurs offres pour une même convention.

Chaque candidat devra faire sa proposition en fonction des éléments présents dans le dossier de consultation.

Chaque candidat aura à produire un dossier complet comprenant, dans une même et unique enveloppe, les pièces suivantes, datées et signées au format papier et en format électronique sur support CD ou clé USB.

Le dossier sera composé :

- ▶ **d'un dossier administratif de "candidature", comportant les éléments suivants :**
En cas de groupement, il devra être fourni un dossier commun au groupement et un dossier pour chacun des membres du groupement.
 - ▶ Lettre de candidature unique rappelant l'objet de la consultation et identifiant le candidat ou les candidats membres du groupement.
La lettre mentionne les éléments suivants :
 - ▶ *Le nom commercial et la dénomination sociale, les adresses de son établissement et de son siège social (si elle est différente de celle de l'établissement), son adresse électronique, ses numéros de téléphone et de télécopie et son numéro SIRET.*
 - ▶ *La forme juridique du candidat*
 - ▶ En cas de groupement, les informations précédentes sont à transmettre pour chaque membre du groupement.
Les éléments suivants sont à indiquer :
 - préciser si le groupement est conjoint ou solidaire
 - Le mandataire du groupement et l'étendue du mandat (joindre le mandat)
 - ▶ Capacité économique, financière et prudentielle :
 - ▶ Capacité économique et financière : chiffres d'affaires des trois derniers exercices connus ou, à défaut, les éléments utiles à la démonstration de la capacité (appréciation globale).
Niveau minimum de capacité : chiffre d'affaire de l'assureur sur la période supérieur à 20.000.000€.
 - ▶ Garanties prudentielles :
 - Agrément administratif délivré par l'autorité de contrôle prudentiel
 - Attestation d'assurance et de caution financière conforme au Code des assurances (agents et courtiers)
 - Attestation ORIAS (agents et courtiers)
 Niveau minimum de capacité : pièces conformes fournies.
 - ▶ Capacité technique :
 - ▶ Renseignements et formalités nécessaires pour évaluer si ces exigences sont remplies : références notamment en matière de collectivités territoriales et/ou établissements publics pour chacune des trois dernières années.
 - ▶ Déclaration indiquant les effectifs moyens annuels du candidat et l'importance du personnel d'encadrement pour chacune des trois dernières années.
Niveau minimum de capacité : appréciation globale des pièces fournies.
- ▶ **d'un dossier "offre", (un dossier par convention), comportant les documents suivants :**
 - ▶ Une offre signée par le candidat ou le mandataire du groupement correspondant à la convention de participation pour laquelle le candidat ou le mandataire du groupement soumissionne.
Pour l'offre présentée :
 - ▶ Le cahier des charges définit :
 - Les conditions d'adhésion,
 - Les prestations offertes.
 - Les limites âge par âge des tarifications proposées.

- ▶ L'offre du candidat contient impérativement les éléments :
 - l'acte d'engagement au cahier des charges, complété dans toutes ses parties,
 - les pièces demandées dans l'acte d'engagement, notamment les pièces de la maîtrise financière,
 - le cahier des charges signé,
 - Les conditions générales et particulières de l'assureur, celles-ci mentionnant le paragraphe suivant :
La présente convention résulte d'un marché. Les conditions d'engagement, réserves au cahier des charges et éventuelles négociations, arrêtées lors du marché, font partie intégrante du contrat, dans lequel elles s'insèrent. Ces conditions d'engagement prévalent sur les supports indiqués par l'assureur, lors de l'établissement du contrat, toutes les fois qu'elles sont plus favorables à l'assuré.

IMPORTANT : Le signataire doit être expressément habilité à engager le candidat ou l'ensemble des candidats membres du groupement.

■ 4.6 : Délai de validité des offres

Le délai de validité des offres est fixé à 240 jours à compter de la date limite de remise de l'offre finale.



ARTICLE 5 – MODALITES DE REMISE DES OFFRES

■ 5.1 : Date limite de réception des offres

- ▶ **Le 31/01/14 à 12 heures.**

■ 5.2 : Conditions de remise

Modalités techniques

- ▶ Les soumissions seront placées sous enveloppe cachetée :
 - ▶ L'enveloppe extérieure porte la mention :
 - « CONSULTATION – NE PAS OUVRIR »
 - « Convention de participation risque Prévoyance et/ou Convention de participation risque Santé »
 - Monsieur le Président de la Communauté urbaine de Strasbourg
 - Communauté urbaine de Strasbourg
 - 1 parc de l'Etoile, 67076 Strasbourg Cedex - France
- ▶ Dépôt des offres
 - ▶ Les offres sont à déposer avant la date et heure limite fixée ci-avant à l'accueil de la CUS, accueil ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h00 (lundi à vendredi), le samedi jusqu'à 12h00.
 - ▶ Un récépissé leur sera délivré.
 - ▶ Les offres pourront également être expédiées par voie postale à l'adresse mentionnée ci-dessus.
 - ▶ Dans ce cas, les candidats devront veiller à poster leurs plis dans un délai suffisant pour qu'ils parviennent à la Collectivité à la date limite de remise des offres. De plus, ces plis devront être transmis par lettre recommandée avec demande d'avis de réception postale.
 - Les candidats veilleront à ce que leur coordonnées soient mentionnées sur l'enveloppe.
 - ▶ Le système CHRONOPOST ou équivalent est également accepté.
 - ▶ Les dossiers qui seraient remis ou dont l'avis de réception serait délivré après la date et l'heure limite fixés ci-dessus ainsi que ceux remis sous enveloppe non cachetée, ne seront pas retenus et seront renvoyés à leurs auteurs.

ARTICLE 6 – JUGEMENT DES CANDIDATURES

Les candidatures seront appréciées sur les garanties professionnelles, financières et prudentielles présentées par le candidat.

ARTICLE 7 – JUGEMENT DES OFFRES

L'offre économiquement la plus avantageuse sera appréciée en fonction des critères énoncés ci-après.

Le jugement des offres se fonde sur une pluralité de critères pondérés.

L'attribution se fera au candidat ayant présenté l'offre économiquement la plus avantageuse, déterminée par addition des notes obtenues par le candidat pour chacun des critères suivants.

Sur un total de 100, les critères sont pondérés comme suit :

- ▶ **Critère 1 : Rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé : cf ci-dessous**
 - ▶ **Valeur technique appréciée :**
 - ▶ **en fonction du respect du cahier des charges et de la qualité des garanties proposées : 20/100**
Le refus du cahier des charges rend l'offre irrégulière.
Le respect du cahier des charges est noté en fonction des réponses et éléments apportés à l'acte d'engagement, article 7 et de leur cohérence avec les conditions particulières et générales présentées.
 - ▶ **en fonction du prix apprécié selon les tarifications proposées : 20/100.**
Le prix est noté en fonction des réponses apportées à l'acte d'engagement, article 6, sur le périmètre de garanties actuelles. Les candidats devront répondre à l'ensemble des demandes de tarification.
- ▶ **Critère 2 : Degré effectif de solidarité : 10/100**
 - ▶ L'absence de réponse positive sur les critères impératifs mentionnés à l'acte d'engagement, article 8.1 rend l'offre irrégulière.
 - ▶ Ce critère sera noté par appréciation des réponses apportées à l'acte d'engagement, article 8.1.
- ▶ **Critère 3 : Maîtrise financière du dispositif : 20/100**
 - ▶ Ce critère sera noté en fonction des éléments ainsi que ses précisions apportées, demandés à l'acte d'engagement, article 8.2.
- ▶ **Critère 4 : Moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques : 10/100**
 - ▶ Ce critère sera noté par appréciation des réponses apportées à l'acte d'engagement, article 8.3.
- ▶ **Critère 5 : Modalités de gestion et d'accompagnement proposées : 20/100**
 - ▶ Ce critère sera noté par appréciation des réponses apportées à l'acte d'engagement, article 8.4.

ARTICLE 8 – CHOIX DE L'ETENDUE ET DE LA FORME DE L'OFFRE RETENUE

La CUS se réserve le droit de déclarer à tout moment, pour l'un ou l'autre lot, la consultation sans suite.

 ARTICLE 9 – OBLIGATIONS DE L'ATTRIBUTAIRE

Le candidat retenu devra remettre dans les QUATRE jours qui suivent la notification :

- les attestations fiscales et sociales ou État Annuel des certificats reçus prouvant qu'il a satisfait à ses obligations fiscales et sociales (arrêté du 31 janvier 2003 modifié) ;
- les pièces mentionnées à l'article D - 8222-5 du Code du Travail.
Pour les candidats établis dans un autre État que la France :
 - ▶ Les documents mentionnés à l'article D. 8222-7 du Code du travail.
 - ▶ Certificats concernant les impôts, taxes et cotisations sociales des administrations et organismes du pays ou en cas d'impossibilité, une déclaration solennelle faite par le candidat devant l'autorité judiciaire ou administrative compétente, un notaire ou un organisme professionnel qualifié du pays.

Si le candidat retenu ne fournit pas les certificats et attestations demandés dans le délai donné, son offre sera rejetée. Dans ce cas, l'élimination du candidat sera prononcée. La même demande sera faite alors au candidat suivant dans le classement des offres.

 ARTICLE 10 – RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Pour obtenir tout renseignement complémentaire qui leur serait nécessaire, les candidats peuvent contacter la CUS

Monsieur Naegele / Madame Alliaume

Tel : +33 (0)3 88 60 90 90

Fax : +33 (0)3 88 60 95

Mail : Thibaud.NAEGELE@strasbourg.eu / Samira.ALLIAUME@strasbourg.eu

Les renseignements d'ordre technique doivent être demandés uniquement par écrit (télécopie ou courrier électronique).

ADHERENTS ET AYANTS DROITS / ACTIFS – RETRAITES

Ticket modérateur : Remboursement intégral, auquel s'ajoute les prestations suivantes :

NATURES DES DEPENSES	REMBOURSEMENTS	
	Garantie de base	Garantie supérieure
		En complément de la garantie de base
SOINS COURANTS		
Consultations - Visites - Radiographies - Actes de diagnostics et de chirurgie	100 % TRSS	
Pharmacie – frais de transport	<i>ticket modérateur</i>	
Analyses, Soins Auxiliaires Médicaux, Autres Soins		
Chirurgie Ambulatoire	100 % TRSS	+ 100 % TRSS
Vaccination pour la grippe	100 % TRSS	
FRAIS D'OPTIQUE (1 fois par an et par bénéficiaire)		
Lunettes	4% du PMSS	+ 4% du PMSS
Suppléments verres progressifs	4,5% du PMSS	
Lentille de contact (acceptées ou refusées)	100 % TRSS	+ 100 % TRSS
Chirurgie réfractive de l'œil (1 fois tous les 5 ans)	11% du PMSS	
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES		
Soins dentaires	<i>ticket modérateur</i>	
Inlays et onlays	150% TRSS	+ 150% TRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100% TRSS	+ 50 % TRSS
PROTHESES DENTAIRES – PARODONTOLOGIE – IMPLANTOLOGIE		
Remboursés dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire de	750€ (hors S.S.)	+ 750€ (hors S.S.)
- Prothèses dentaires inscrites et cotées NGAP ou CCAM	150% TRSS	+ 150% TRSS
- Prothèses dentaires provisoires (2 fois par an)	64,50 €	
PRESTATIONS SANITAIRES		
Dispositifs médicaux à usage individuel (sauf pansements et postiches)	50% TRSS	
Postiches (2x par an et par bénéficiaire)	7% du PMSS	
Orthèses et Prothèses externes	100 % TRSS	
Appareil acoustique	100 % TRSS	+ 100 % TRSS
Véhicules pour Handicapés Physiques (fauteuil roulants)	50% TRSS, une participation tous les 5 ans	
HOSPITALISATION MEDICALE CHIRURGICALE ET MATERNITE		
<i>Séjour : en service de psychiatrie (hospitalisations, cures et postcures) : la prise en charge du forfait hospitalier sera limitée à 30 jours, continus ou discontinus, par an ; la chambre particulière ne sera pas remboursée</i>		
- régime commun	<i>ticket modérateur</i>	
- forfait hospitalier (limité à 30)/an en séjour psychiatrique)	Remboursement intégral	
- chambre particulière y compris en maternité	Remboursement intégral	
Honoraires - Forfait de maternité	100 % TRSS	+ 100 % TRSS
Frais d'accompagnement:	<i>Remboursement des frais d'hébergement et de séjour dans l'établissement hospitalier ou dans une structure dédiée (sous conditions)</i>	
- enfant de moins de 10 ans		
- personne âgée de 65 ans et plus si intervention chirurgicale		
AUTRES PRESTATIONS		
Cures Thermales	6% du PMSS	+ 3% du PMSS
Densitométrie Osseuse (par an et par bénéficiaire)	2% du PMSS	
Vaccins	Liste des prestations de prévention prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale	
PREVENTION SANTE		
Ostéopathie et chiropractie, Diététique	Néant	30 € par séance - 3 fois par an
Homéopathie non remboursée par l'Assurance maladie		50 € par an
Vaccins (hors voyage)		50 € par an
Sevrage tabagique		50 € par an
Contraception (de 16 à 30 ans)		50 € par an
Orthèse anti-ronflement (orthèse d'avancée mandibulaire)		70 € par an
Thérapie corporelles (micro-kinésithérapie ou Méthode Mézières ou reconstruction posturale)		30 € par séance - 3 fois par an
<i>Assistance</i>	<i>A préciser par le candidat en annexe</i>	
PRESTATIONS SPECIALES		
Prime de mariage	5% du PMSS	
Prime de naissance	5% du PMSS	
Aide familiale	15% du PMSS	
Allocation orphelin (père ou mère)	5% du PMSS	
Allocation orphelin (père et mère)	40% du PMSS	

*TRSS: Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale ou tarif reconstitué en cas d'absence

* PMSS : plafond mensuel de la sécurité sociale