



**MINISTÈRES  
TRANSITION ÉCOLOGIQUE  
COHÉSION DES TERRITOIRES  
TRANSITION ÉNERGÉTIQUE  
MER**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Secrétariat Général**

*Direction des Ressources Humaines  
Service du développement professionnel  
et des conditions de travail*

**Protection sociale complémentaire du Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du ministère de la transition énergétique (MTE) et du secrétariat d'Etat chargé de la Mer (SEM), et des établissements publics et autorités administratives / publiques associés**

**CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES  
(CCTP)**

**Numéro de la consultation**

**SG-SAD3-017-23**

## Table des matières

<b>ARTICLE 1 : PREAMBULE - CONTEXTE</b>	5
<b>ARTICLE 2 : OBJET DU MARCHÉ</b>	5
<b>ARTICLE 3 : PÉRIMÈTRE DU MARCHÉ</b>	5
<b>ARTICLE 4 : CONTENU DES PRESTATIONS</b>	5
<b>4.1 Périètre de la couverture</b>	6
<b>4.2. Bénéficiaires</b>	6
4.2.1 Bénéficiaires à titre obligatoire	6
4.2.2 Bénéficiaires à titre facultatif	6
4.2.3 Cas de dispenses d'adhésion (sur présentation de justificatifs)	7
<b>4.3. Prise d'effet et cessation des garanties</b>	8
4.3.1 Prise d'effet	8
4.3.2 Formalités d'adhésion	8
4.3.3 Cessation des garanties	8
4.3.4 Résiliation à l'initiative des bénéficiaires	8
<b>4.4. Niveau des prestations</b>	9
4.4.1 Garantie de base : paniers de soins	9
4.4.2 Garanties optionnelles	9
4.4.3 Exclusions	10
4.4.4 Actions de prévention	10
4.4.5 Accompagnement social	11
4.4.6 Fonds d'aide aux retraités	11
4.4.7 Assistance	11
<b>4.5. Cotisations</b>	12
4.5.1 Régime de base	12
4.5.2 Cotisations aux Options	14
4.5.3 Frais et chargements de gestion	14
<b>4.6. Portabilité</b>	15
<b>4.7. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail</b>	15
<b>4.8. Participation aux bénéfices</b>	15
<b>4.9. Agents affectés à l'étranger</b>	16
<b>ARTICLE 5 : OFFRE DE GESTION</b>	16
<b>5.1. Interlocuteurs dédiés</b>	16
<b>5.2. Gestion des adhésions</b>	16
<b>5.3. Gestion des cotisations</b>	17

<b>5.4.</b>	<b>Gestion des flux de données</b> .....	17
5.4.1	Etape de pré-affiliation et de gestion du contrat de l'agent .....	18
5.4.2	Gestion administrative via la DSN (déclaration sociale nominative).....	19
<b>5.5.</b>	<b>Gestion des prestations</b> .....	19
5.5.1	Engagements de délais de traitement.....	20
5.5.2	Réseau de soins ou équivalent .....	21
<b>5.6.</b>	<b>Service aux assurés</b> .....	21
<b>5.7.</b>	<b>Mise à disposition d'un extranet RH</b> .....	22
<b>5.8.</b>	<b>Assistance et télémedecine</b> .....	22
<b>5.9.</b>	<b>Communication</b> .....	23
<b>5.10.</b>	<b>Suivi de la qualité de gestion</b> .....	23
<b>5.11.</b>	<b>Gestion du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités</b> .....	23
<b>5.12.</b>	<b>Suivi technique du régime et comitologie</b> .....	23

#### **Annexes :**

**Annexe 1 : détermination de la cotisation d'équilibre**

**Annexe 2 : Données démographiques**

**Annexe 3 : Grille de garanties**

## Glossaire

Au sens du présent cahier des clauses techniques particulières (CCTP) et des différents documents particuliers du marché, les termes mentionnés ci-après sont définis comme suit :

Représentant du pouvoir adjudicateur « RPA »	Ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires Secrétariat général Direction des Ressources Humaines
API	Interface de programmation d'application
Contrat collectif	Contrat d'assurance de personnes passé entre un organisme assureur et une entreprise
Convention d'assurance	Contrat d'assurance
CPPS	Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi
CRM	Compte-rendu métier
CTDSN	Concentrateur traducteur de la déclaration sociale nominative
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DSN	Déclaration sociale nominative
Employeur	L'un des services coordonnés décrits au CCAP (cahier des clauses administratives)
FPE	Fonction publique de l'Etat
Marché	Contrat administratif conclu à titre onéreux entre un pouvoir adjudicateur et un opérateur économique
Ordonnateur	Personne publique qui prescrit l'exécution des dépenses et recettes publiques
Panier de soins	Garanties de base définie dans l'accord interministériel relatif à la PSC de la fonction publique Etat du 26 février 2022
PMSS	Plafond mensuel de la sécurité sociale
Services coordonnés	Services bénéficiaires ; Directions et services de l'État ou établissement public ou autorité administrative indépendante ou publique, bénéficiaires de prestations
SIOC	Système d'information de l'organisme complémentaire
Titulaire	Opérateur économique signataire du marché

Les références TECH renvoient à des lignes du cadre de réponse technique qu'il convient de compléter:

- MF = onglet maîtrise financière,
- QSA = onglet Qualité Service (agents)
- QSRH = onglet Qualité Service (RH)
- PREV = onglet Prévention

## **ARTICLE 1 : PREAMBULE - CONTEXTE**

Prise sur le fondement de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, l'ordonnance du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) dans la fonction publique a redéfini la participation des employeurs publics au financement des garanties en PSC de leurs personnels, ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers.

Suite à la publication de cette ordonnance, une négociation a été menée avec les organisations syndicales représentatives de la fonction publique de l'Etat (FPE). Elle a abouti, le 26 février 2022, à la signature unanime d'un accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la FPE. Elle a ainsi créé un régime de couverture collective à adhésion obligatoire en santé au bénéfice des agents, en complément et en supplément des remboursements effectués par les régimes obligatoires de sécurité sociale, conformément aux dispositions L. 827-1 à L. 827-3 du code général de la fonction publique (CGFP).

Ce régime repose sur un panier de soins socle interministériel, commun à l'ensemble des agents de la FPE et financé à hauteur de 50 % par les employeurs. Il est également ouvert aux ayants droit des agents ainsi qu'aux retraités de la FPE, qui disposent d'un droit d'accès à un contrat collectif à adhésion facultative et qui bénéficient d'importants mécanismes de solidarité.

Les dispositions à caractère réglementaire de l'accord interministériel du 26 février 2022 ont été transcrites dans le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat.

Un accord ministériel a ensuite été négocié avec les organisations syndicales représentatives du pôle ministériel. Signé à la majorité, il instaure des garanties optionnelles, la mise en place du fonds d'accompagnement social et précise l'abondement du fonds d'aide aux retraités.

## **ARTICLE 2 : OBJET DU MARCHÉ**

Le présent marché a pour objet la sélection d'un organisme proposant une complémentaire santé pour couvrir et gérer les risques santé à destination des agents des Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires (MTECT), du Ministère de la transition énergétique (MTE) du secrétariat d'Etat chargé de la Mer, ainsi que ceux des établissements publics, autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes qui ont donné leur mandat à cet effet et dénommé ci-après pôle ministériel.

Il donnera lieu à la signature de 3 conventions :

- Une convention pour le régime de base (panier de soins)
- Une convention pour les garanties optionnelles (garanties complémentaires au panier de soins)
- Une convention pour le régime de base des agents affectés à l'étranger (panier de soins étranger)

## **ARTICLE 3 : PÉRIMÈTRE DU MARCHÉ**

Le périmètre du marché est décrit dans le cahier des clauses administratives particulières « CCAP ».

## **ARTICLE 4 : CONTENU DES PRESTATIONS**

## **4.1 Périmètre de la couverture**

Le titulaire propose 3 contrats distincts :

- Un contrat à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents actifs et facultatifs pour leurs ayants droit relatif au panier de soins,
- Un contrat à caractère collectif et facultatif pour les agents actifs et leurs ayants droit relatif aux garanties optionnelles (option 1, option 2 et option 3)
- Un contrat à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents actifs affectés à l'étranger.

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

Le contrat collectif de protection sociale complémentaire de la garantie de base comporte également un dispositif de solidarité à destination des anciens agents non retraités inscrits comme demandeurs d'emploi et de leurs ayants droit.

## **4.2. Bénéficiaires**

### **4.2.1 Bénéficiaires à titre obligatoire**

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'article 3 du présent document.

L'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des établissements et Autorités indépendantes). Il s'agit entre autres :

- Des fonctionnaires civils de l'Etat,
- Des agents contractuels de droit public,
- Des agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale,
- Des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5o de l'article L. 6 du code général de la fonction publique,
- Des militaires en détachement au pôle ministériel et dans les services coordonnés.

Les agents ont la qualité de bénéficiaire actif et sont donc soumis à l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle.

### **4.2.2 Bénéficiaires à titre facultatif**

L'article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 indique que les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent marché.

Une information relative à la mise en place du contrat collectif sera communiquée aux bénéficiaires retraités relevant du périmètre sur la base des données à disposition de l'employeur au moment de la mise en place du contrat.

Sont affiliés au régime mis en place les ayants droit d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité :

- Conjoint non séparé de corps ;
- Partenaire de PACS ;
- Concubin ;
- Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
  - âgé de moins de 21 ans ;
  - âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi ;
  - reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

#### 4.2.3 Cas de dispenses d'adhésion (sur présentation de justificatifs)

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents répondant aux situations mentionnées dans l'article 3 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 et reprises ci-après, peuvent être dispensés d'adhésion :

- les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ;
- les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze mois ;
- les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle ;
- les agents bénéficiaires par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit :
  - d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droit au dit dispositif soit obligatoire ou facultative ;
  - d'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé ;
  - du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
  - d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent formuler leur demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'Employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs y afférents.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur de l'agent à l'Employeur, à défaut, les agents concernés seront immédiatement affiliés au régime. Les justificatifs demandés seront précisés par le RPA au titulaire.

### 4.3. Prise d'effet et cessation des garanties

#### 4.3.1 Prise d'effet

Les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2025, pour les agents actifs couverts à titre obligatoire, ou à la date d'embauche ou d'entrée dans la population du ministère, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif ou à la date de fin de la dispense, si celle-ci n'a pas été renouvelée.

Les agents retraités devront formuler leur souhait d'adhésion en qualité de retraité dans un délai de 1 an suivant leur cessation d'activité. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion.

Pour le personnel déjà retraité à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2025, le retraité dispose d'un délai de 1 an à compter de la date à laquelle il est informé de l'entrée en vigueur du contrat, pour pouvoir y adhérer. Les modalités d'information seront précisées ultérieurement.

#### 4.3.2 Formalités d'adhésion

Le bénéficiaire lors de la complétion de son bulletin d'adhésion indique le cas échéant l'option à laquelle il souhaite adhérer.

Le choix d'une option par l'agent emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit au panier de soins de cette même option.

L'agent aura la possibilité de changer de formule dans la limite d'un changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

#### 4.3.3 Cessation des garanties

Les garanties du panier de base et des couvertures optionnelles cessent :

- pour les bénéficiaires actifs à la date où ils cessent d'être employés et ne remplissent plus les conditions prévues à l'article Bénéficiaires du présent CCTP ;
- pour les bénéficiaires retraités à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret du 22/04/2022 ;
- pour les bénéficiaires ayants droit :
  - o à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit ;
  - o à la même date que celle de l'agent ;

#### 4.3.4 Résiliation à l'initiative des bénéficiaires

Les agents et retraités (et leurs ayants droit) bénéficiaires du contrat portant les garanties optionnelles pourront résilier leur adhésion

- A l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat lors de la première année d'adhésion,
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an de bénéfices des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du Titulaire.

Cette résiliation n'aura pas d'effet sur la couverture des garanties de base.

Elle entraînera la résiliation des garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants droit des agents et retraités concernés.



**Livrable :** Le titulaire indique dans le cadre de réponse technique les autres conditions dans lesquelles les garanties pourront être résiliées. La résiliation sera appliquée à l'agent ou au retraité, ainsi qu'à l'ensemble de leurs ayants droit. (TECH-MF5 et TECH-MF6).

Les bénéficiaires à titre facultatif du contrat portant les garanties de base pourront résilier leur adhésion au contrat :

- A l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an de bénéfices des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du Titulaire.

Cette résiliation entraînera automatiquement la résiliation de leur adhésion au contrat portant les garanties optionnelles de ces bénéficiaires, dans les mêmes conditions.

#### **4.4. Niveau des prestations**

Le contenu des garanties et le niveau des prestations sont décrits dans l'Annexe 3.

Les prestations s'entendent, sauf mention contraire, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

Le Titulaire peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus dans le tableau de garanties.

##### **4.4.1 Garantie de base : paniers de soins**

La garantie de base ainsi que les montants de remboursement, définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé, sont repris dans le contrat collectif.

L'adhésion à la garantie de base, correspondant au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout agent actif.

La garantie de base fait l'objet d'un contrat spécifique qui doit être responsable. Les critères définissant le caractère responsable du contrat étant évolutifs, le titulaire doit tenir compte des modifications et les intégrer dans la garantie de base du contrat collectif. Il doit en outre organiser, diffuser l'information et en justifier la bonne réception auprès des bénéficiaires affiliés.

##### **4.4.2 Garanties optionnelles**

Afin de proposer des garanties adaptées aux besoins des assurés, des garanties optionnelles peuvent être souscrites par ces derniers.

Ces garanties font l'objet d'un contrat distinct de celui portant sur la garantie du panier de soins interministériel. Ce contrat facultatif est géré directement entre le bénéficiaire et le titulaire.

Les taux et montants de remboursement des garanties peuvent faire l'objet de modifications annuelles à la demande de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) ou du Titulaire donnant lieu à une validation par les membres de cette commission. La commission se réunit annuellement à cet effet.

Les garanties optionnelles font l'objet d'un contrat spécifique qui doit être responsable. Les critères définissant le caractère responsable du contrat étant évolutifs, le titulaire doit tenir compte des modifications et les intégrer dans les garanties optionnelles du contrat. Il doit en outre organiser, diffuser l'information et en justifier la bonne réception auprès des bénéficiaires affiliés.

#### **4.4.3 Exclusions**

Ne sont pas pris en charge par le Titulaire :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme sauf mention aux tableaux de garanties ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat collectif de protection sociale complémentaire ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires ;
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé ;

#### **4.4.4 Actions de prévention**

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires seront mises en œuvre par l'organisme complémentaire avec lequel le contrat collectif sera conclu. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail. Elles devront être mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants au sein du périmètre des services, des établissements et autorités concernés.

Les actions de prévention peuvent par exemple être les suivantes :

- Réaliser des campagnes de prévention, y compris sur les risques psycho-sociaux ;
- Mettre à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- Diffuser des contenus d'information santé ;
- Téléconsultation, Deuxième avis médical ;
- Dépistage du Cholestérol ; Dépistage de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ;
- Dépistage du diabète ;
- Coaching bien-être (nutrition, sommeil, conduites addictives) ;
- Bonnes pratiques en télétravail ;
- Promotion de pratiques et comportements favorables à la santé ;
- Lutte contre les addictions ;
- Lutte contre la sédentarité.

Le titulaire propose annuellement un programme d'actions de prévention qui sera mis en œuvre pour l'année suivante avant le 15 septembre. Ce programme sera soumis à l'approbation de la CPPS.

**Livrable :** Le soumissionnaire propose une liste des actions comprises dans son offre (TECH-PREV 1 à 3).

#### **4.4.5 Accompagnement social**

Les bénéficiaires du contrat collectif pourront bénéficier de prestations d'accompagnement social, dans l'objectif de réduire leur cotisation, avec une attribution en fonction de leur état de santé et de leurs ressources. Ces prestations ne se substituent pas aux prestations d'assistance décrites plus bas.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif, à 0,5 % des cotisations hors taxe acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution du fonds d'accompagnement social seront déterminées par la CPPS.

Le Titulaire règle directement, lorsque c'est possible, les sommes allouées au bénéficiaire à travers le fonds social.

En cas de résiliation, le solde du fonds est intégralement transféré au nouvel assureur éventuel.

**Livable :** Le titulaire décrit dans le Cadre de Réponse technique (TECH-QSRH31 à TECH-QSRH33) les modalités de gestion et de rémunération de ce fonds.

#### **4.4.6 Fonds d'aide aux retraités**

Un fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités est mis en place. L'objectif de ce fonds est de prendre en charge une partie de la cotisation des retraités. L'octroi de cette aide tient compte des ressources du bénéficiaire retraité.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide sont déterminées par la CPPS et pourront évoluer chaque année.

Les bénéficiaires de ce fonds s'acquittent d'une cotisation réduite, le complément étant prélevé par le Titulaire sur le fonds, dans la limite de son montant.

**Livable :** Le titulaire propose une modalité de fonctionnement pour le cas où le solde du fonds serait insuffisant pour financer les réductions des bénéficiaires éligibles (TECH-QSRH37).

L'alimentation de ce fonds est décrite à l'article Cotisations du présent document.

En cas de résiliation, le solde du fonds est intégralement transféré au nouvel assureur éventuel.

Le Titulaire propose un critère de mesure des ressources du retraité et se charge de vérifier ses conditions d'éligibilité à la réduction financée par le fonds.

#### **4.4.7 Assistance**

**Livable :** Le titulaire propose des garanties d'assistance en complément des garanties frais de santé proposées.

Ces garanties sont décrites dans le cadre de réponse technique (TECH-QSA54).

## **4.5. Cotisations**

**Livable :** Les cotisations proposées doivent être reportées dans l'annexe financière à l'acte d'engagement en indiquant les montants en euros pour 2025. Elles doivent respecter les caractéristiques décrites ci-dessous.

### **4.5.1 Régime de base**

Les cotisations du régime de base sont déterminées en application du décret du 22 avril 2022 et ne varient pas en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. Pour les bénéficiaires actifs (et leurs ayants droit), elles ne dépendent pas de leur âge (à l'exception de la majoration des cotisations enfants et petits-enfants à compter de 21 ans). Pour l'ensemble des bénéficiaires à l'exclusion des conjoints des bénéficiaires retraités, elles sont fonction de la cotisation d'équilibre (puis majorée des cotisations additionnelles décrites ci-après).

#### **Cotisation d'équilibre**

L'article 14 du décret pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

La cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

1. du coût total mensuel du financement des garanties non optionnelles prévues pour l'ensemble des bénéficiaires actifs de ce contrat, qui est appelé cotisation de référence. Cette cotisation de référence équivaut au coût mensuel des garanties pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs ; Les frais de gestion sont réputés inclus dans la cotisation de référence.
2. du coût mensuel des dispositifs de solidarité prévus aux articles 22, 25 et 26 du décret du 22 avril 2022.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

#### **Cotisations additionnelles**

Des taux de cotisations destinés à alimenter un fonds d'aide aux retraités et à financer des prestations d'accompagnement social ont été négociés et viennent s'ajouter aux cotisations dues par les bénéficiaires agents (à l'exclusion de la part employeur), retraités et ayants droit.

Le fonds d'aide à destination des retraités est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires des contrats collectifs, dont le pourcentage est fixé ainsi :

- 4% des cotisations hors taxe qu'ils acquittent lors de la première année de mise en place du dispositif,
- 3% des cotisations hors taxe qu'ils acquittent lors de la deuxième année de mise en place du dispositif,
- 2% des cotisations hors taxe qu'ils acquittent les années suivantes.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée, à la mise en place du dispositif, à 0,5%

Ces taux sont susceptibles d'évoluer annuellement sur décision majoritaire de la commission paritaire de pilotage et de suivi.

## **Cotisations applicables aux différentes catégories de bénéficiaires du dispositif**

Sur le fondement de cet article et des articles suivants du décret du 22 avril 2022, les cotisations applicables aux différents bénéficiaires du dispositif auront les caractéristiques suivantes

### **- Pour les bénéficiaires actifs :**

La cotisation moyenne due pour les agents actifs s'acquittant d'une cotisation est égale à la cotisation d'équilibre majorée des cotisations additionnelles.

Pour chaque agent, en application de l'article 15 du décret du 22 avril 2022, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation d'équilibre, hors cotisations additionnelles prévues au présent régime.

L'agent a à sa charge :

- Une part forfaitaire de 20% de la cotisation d'équilibre ;
- Une part individuelle solidaire fixée en fonction de sa rémunération mensuelle brute plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle représente en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires actifs 30 % de la cotisation d'équilibre. Le RPA communiquera le taux unique à appliquer pour déterminer la part individuelle solidaire.

La part individuelle solidaire sera assise sur la rémunération mensuelle brute, définie comme la part des rémunérations soumises à CSG et CRDS et plafonnées au PMSS.

La cotisation acquittée par les bénéficiaires actifs qui sont placés dans l'une des situations ou positions n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions, est égale à cinquante (50) % de la cotisation d'équilibre hors cotisations additionnelles, la part employeur restant inchangée.

Le processus de détermination de la cotisation d'équilibre, de la cotisation employeur et des parts forfaitaire et solidaire de la cotisation agent est décrit en Annexe 3 à ce document.

### **- Pour les bénéficiaires retraités :**

Les cotisations des bénéficiaires retraités peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, le montant de la cotisation des bénéficiaires retraités n'évolue plus en fonction de l'âge.

Les cotisations des retraités (hors cotisations additionnelles) seront limitées à 175% de la cotisation d'équilibre du contrat. Ce plafond peut être abaissé par le soumissionnaire.

L'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité du bénéficiaire retraité qui a liquidé après la date de mise en place du contrat, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation (hors cotisations additionnelles) acquittée par les bénéficiaires retraités est fixé comme suit :

- au titre de la première année, à 100 % ;
- au titre de la deuxième année, à 125 % ;
- au titre des troisième, quatrième et cinquième année, à 150 %

Les taux indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires ou être adaptés par la CPPS dans les conditions fixées par l'article 23 du décret du 22/04/2022.

- **Cotisations des ayants droit enfants des bénéficiaires actifs et retraités :**

Les cotisations des ayants droit enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et retraités sont fixées dans le contrat collectif :

- à 50% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, avec gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans ;
- dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans.

Ces cotisations sont majorées de la cotisation additionnelle.

- **Cotisations des ayant droits conjoints des bénéficiaires actifs**

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs sont fixées dans le contrat collectif par le soumissionnaire dans la limite de 110% de la cotisation d'équilibre.

Ces cotisations seront majorées de la cotisation additionnelle.

- **Cotisations des ayant droit conjoints des bénéficiaires retraités**

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités sont fixées dans le contrat collectif par le titulaire et ne sont pas exprimées en fonction de la cotisation d'équilibre.

Ces cotisations sont majorées de la cotisation additionnelle.

#### **4.5.2 Cotisations aux Options**

Les cotisations de ces garanties sont obligatoirement exprimées en euros et selon la structure tarifaire suivante :

- Pour les actifs et leurs ayants droit : adulte / enfant.
- Pour les retraités et leurs conjoints : tarif en euros par âge ou par tranche d'âge, plafonné à 75 ans

Ces cotisations seront versées directement par le bénéficiaire au titulaire.

#### **4.5.3 Frais et chargements de gestion**

Les frais et chargements de gestion inclus dans les taux de cotisation doivent être précisés et détaillés dans l'annexe financière (FIN-CM1 à FIN-CM12), en distinguant :

- gestion administrative (affiliations et cotisations, prestations, pilotage et reporting technique et de gestion) assurance
- autres (à préciser par le titulaire)  
Des compléments pourront être apportés dans le mémoire technique.

L'assiette à laquelle ces taux sont appliqués devra également être précisée.

Il est rappelé que le panier de soins interministériel, les options 1, 2 et 3 sont des contrats responsables (taxe à 13,27 %).

#### **4.6. Portabilité**

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son Employeur, les garanties seront maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une période limitée à la durée de son dernier contrat de travail ne pouvant dépasser 12 mois. Les conditions précises sont précisées à l'article 26 du décret précité.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage et qu'il en ait fait une demande justifiée.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements aient été ouverts au sein du pôle ministériel.

Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

#### **4.7. Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

Les dispositions de l'article 4 de la loi Evin du 31/12/1989 s'appliquent.

De plus, l'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Le montant des cotisations est identique à celui d'un actif.

S'il n'y a ni maintien de salaire, ni revenu de remplacement, le salarié en suspension de contrat de travail peut demander à continuer à bénéficier du contrat aux conditions identiques aux actifs, sous réserve du paiement directement à l'assureur de la totalité des cotisations par prélèvement des cotisations.

#### **4.8. Participation aux bénéfices**

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place. Seules les cotisations perçues au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire (panier de soins) sont concernées par ce mécanisme.

Le taux d'attribution attaché à cette participation aux bénéfices ne peut pas être inférieur à 85% du résultat technique.

Cette participation aux bénéfices alimente une réserve de participation, gérée chez l'assureur.

Chaque année, cette réserve est :

- alimentée de la quote-part de résultats techniques s'ils sont positifs ;
- prélevée, dans la limite de son montant, des résultats techniques s'ils sont négatifs.

Le titulaire précise les modalités de fonctionnement de cette participation aux bénéfices dans le cadre de sa réponse technique.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, cette réserve est intégralement transférée au nouvel assureur, sans pénalité, dans un délai qui ne peut excéder 12 mois au-delà de la résiliation des conventions d'assurance.

#### **4.9. Agents affectés à l'étranger**

Une soixantaine d'agents sont en moyenne affectés à l'étranger.

Les dispositions réglementaires n'étant pas encore adoptées, il est demandé au titulaire de disposer d'un panier de soins spécifique, décrit dans l'annexe 3 du CCTP.

Pour les soins reçus en France par ces agents, les garanties du panier de soins interministériel s'appliquent.

Pour les soins reçus à l'étranger, les garanties du panier de soins Etranger s'appliquent.

Les remboursements sont plafonnés à hauteur de 300 000 € / an / bénéficiaire.

### **ARTICLE 5 : OFFRE DE GESTION**

#### **5.1. Interlocuteurs dédiés**

Le titulaire doit désigner divers interlocuteurs dédiés pour toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

En cas de modification d'interlocuteurs de gestion dédiés, et ou de leurs coordonnées, le Titulaire s'engage à en informer l'employeur dans les 30 jours (calendaires) suivant ce changement et à désigner un remplaçant d'un niveau au moins égal à l'intervenant défaillant.

Il doit donc être mis à disposition :

- Une direction de projet : pilotage et coordination de la relation avec l'employeur
- Une équipe projet de mise en place du dispositif (flux SIRH, espaces RH et agents...)
- Des interlocuteurs dédiés au déploiement commercial des dispositifs facultatifs (ayants droit facultatifs, options, retraités stock et flux)
- Des interlocuteurs dédiés pour la couverture des frais de santé pour l'ensemble des bénéficiaires des contrats ;
- Des interlocuteurs dédiés pour la gestion des affiliations et des cotisations, ainsi que la mise en place des flux avec les SIRH du pôle ministériel, des établissements publics et des autorités administratives/publiques indépendantes.
- Des interlocuteurs pour la gestion de la relation avec les services RH/paie du ministère et la gestion de la relation avec les agents et anciens agents du pôle ministériel.

**Livrable :** Le titulaire doit décrire l'équipe envisagée en distinguant la phase de mise en place du dispositif et la phase ultérieure d'exécution du contrat (TECH-QSRH15 à TECH-QSRH20).

Cette description de la composition de l'équipe dédiée doit préciser leur nom, fonction, niveau de formation, expérience professionnelle, numéro de téléphone et courriel ainsi que leur disponibilité en termes d'horaires et de jours ouvrables.

#### **5.2. Gestion des adhésions**

**Livrable :** Le titulaire décrit l'organisation et les moyens et processus mis en œuvre pour faciliter la gestion des adhésions, des modifications et des radiations dans le Cadre de Réponse Technique (TECH-QSRH1 à TECH-QSRH12).



Cette description doit également identifier les impacts organisationnels attendus de la part de l'employeur en s'attachant à minimiser les impacts sur les équipes du pôle ministériel et en automatisant le maximum de tâches possible.

Il s'appuie pour cela sur l'article Gestion des flux de données du présent CCTP.

**Livable :** Le titulaire doit également décrire les espaces et fonctionnalités web (Internet / Intranet) dédiés à la gestion des adhésions et des différentes opérations en lien avec l'adhésion (déclaration de changement de situation de famille, ajout / suppression de bénéficiaire), des radiations ainsi que des cotisations mis à disposition des assurés et de services RH du pôle ministériel. (TECH-QSA3 à TECH-QSA14 et TECH-QSRH13 à TECH-QSRH14).

Concrètement le titulaire doit proposer un accompagnement digitalisé et présentiel afin (TECH-QSA3 à TECH-QSA37) :

- d'assurer l'information des agents sur les offres mises en place ;
- proposer un simulateur permettant au bénéficiaire d'estimer sa cotisation en fonction de sa situation, de celles de ces ayants droit et du choix éventuel des options.
- proposer les parcours d'adhésion digitalisés permettant de :
  - o recueillir les bulletins d'adhésion, y compris des ayants droit ;
  - o proposer le choix entre les différentes formules de garanties ;
  - o déposer les justificatifs nécessaires à la mise en gestion (attestation vitale, mandat SEPA, RIB) ;
  - o enregistrer les dispenses d'adhésion en frais de santé ;

**Point d'arrêt :** Avant sa mise en service, les espaces et fonctionnalités web sont proposés au RPA pour validation.

Le titulaire met à disposition un livret d'accueil pour les bénéficiaires précisant :

- les garanties dont ils bénéficient ;
- les modalités d'affiliation des bénéficiaires ;
- les coordonnées (courriels, téléphone) des interlocuteurs à contacter pour la mise en œuvre, la gestion et le suivi des garanties ;
- les modalités de gestion du site extranet dédié ;
- tout document indispensable pour les prises en charges médicales ;
- les modalités de prise en charge et de remboursement dans le cadre des garanties frais de santé / santé.

### **5.3. Gestion des cotisations**

La gestion des flux financiers et le règlement des cotisations sont décrits à l'article Modalités financières et paiements du CCAP.

### **5.4. Gestion des flux de données**

L'affiliation des bénéficiaires actifs ainsi que la déclaration des cotisations salariales et patronales transitent via la Déclaration Sociale Nominative (DSN) mensuelle auprès du titulaire. Des adaptations des Systèmes d'Information des Ressources Humaines (SIRH) du pôle ministériel et des établissements publics et autorités administratives/publiques indépendantes sont nécessaires et sont actuellement en cours. Ces développements portent principalement sur l'ajout des données DSN nécessaires pour la PSC. Des travaux sont également en cours pour mettre en place des échanges de données automatisés entre le SIRH RenoIRH, déployé au pôle ministériel et par plusieurs établissements publics, et le SI du titulaire (nommé ici système d'information de l'organisme complémentaire « SIOC »).

Certains établissements publics ou autorités administratives/publiques indépendantes disposent de SI fournis par des éditeurs (environ 6 solutions commerciales différentes), d'autres ne disposeront pas de SIRH. Certains opérateurs n'utilisent pas encore la DSN. Une solution alternative pourra être trouvée entre l'opérateur et le titulaire du contrat pour ces cas particuliers.

**Point d'arrêt :** Avant sa mise en service, un ou plusieurs tests sont réalisés sur l'ensemble de la chaîne. La réussite de ces tests, dont les modalités sont en cours de définition, conditionne le déploiement du dispositif de PSC.

Ces tests doivent être réalisés pour chaque service coordonné.

Une base de données « école » peut utilement être mise à disposition par le titulaire.

#### **5.4.1 Etape de pré-affiliation et de gestion du contrat de l'agent**

Les bénéficiaires actifs doivent être couverts dès le 1er janvier 2025 pour les agents affectés au pôle ministériel et dans les services coordonnés avant cette date. Or, les premières informations étant transmises via la DSN et la paye de janvier 2025, une étape de pré-affiliation est nécessaire.

Pour les nouveaux arrivants, la couverture devra courir dès le premier jour d'affectation. Là aussi les informations de la DSN arriveront trop tard.

Aussi, il est nécessaire de passer par une étape de pré-affiliation.

Pour cela, des données sont transmises de manière sécurisée par le RPA au titulaire, sans passer par la DSN. Le titulaire doit accuser réception de ces données.

Les informations transmises permettent la mise en relation entre le bénéficiaire actif et le titulaire du contrat, afin de réaliser la pré-affiliation. Ainsi, le titulaire doit obtenir les informations qu'il juge nécessaires auprès de l'agent pour réaliser la pré-affiliation. Les données complémentaires obtenues par le titulaire auprès de l'agent (confirmation d'affiliation, dispense éventuelle, options, ayants-droits...) doivent être retournées au RPA. Les adresses email en erreur doivent être signalées par le titulaire à l'employeur en classant en fonction des erreurs (absence, mail inexistant...)

Les informations qu'il est prévu de transmettre du SIRH vers le SIOC sont a minima

- Le numéro d'inscription au répertoire,
- Le nom de naissance et le nom d'usage de l'agent,
- Les prénoms de l'agent
- Le sexe
- Le matricule de l'agent
- L'adresse email professionnelle de l'agent.

Une fois le fichier transmis au RPA, le titulaire s'engage à détruire le fichier dans un délai de 30 jours calendaires.

Les données de pré-affiliation adressées par l'employeur sont intégrées dans le SI de l'organisme. Le titulaire adresse :

- à l'employeur une confirmation listant individuellement l'ensemble des agents pré-affiliés à une fréquence à définir,

- à chaque agent une confirmation d'affiliation par mail et/ou par courrier et les moyens d'accès lui permettant d'apporter les informations complémentaires nécessaires à la finalisation de l'affiliation au contrat socle.

Le bénéficiaire actif a la possibilité à ce stade de compléter son affiliation par des garanties optionnelles (cf. article Garanties optionnelles et l'affiliation d'ayants droit dans le cadre d'une démarche bilatérale auprès du titulaire, sans intervention du RPA.

Le SIOC doit prévoir en retour d'adresser la confirmation d'affiliation de l'agent et les modifications du contrat demandées par l'agent sur le site du titulaire (options, ayants-droits), afin d'effectuer l'ajustement des cotisations.

En 2024, pour l'initialisation du dispositif, il s'agit d'une pré-affiliation en masse.

Concernant les employeurs adhérents à la solution RenoïRH, le dispositif d'échange de données est en cours de réflexion et sera affiné prochainement. Des modalités d'échange par une interface automatisée sont à prévoir par le titulaire, selon des règles à préciser de déclenchement des envois (fréquence, événements déclencheurs), de contenu et de sécurisation des échanges, et de réception (accusés de réception techniques et/ou fonctionnels).

Le titulaire doit prévoir une évolutivité du dispositif d'échange afin de prendre en compte les délais de développement, allant de l'échange de fichier à une API automatisée. La cible doit permettre le moins de saisie possible par les gestionnaires du pôle ministériel, et des procédures les plus réactives possibles. La structure et le format des données échangées seront également précisés et incluront des référentiels et règles de gestion du Noyau RH FPE dans sa dernière version. Le titulaire doit prévoir de s'y conformer pour ces échanges de données.

#### **5.4.2 Gestion administrative via la DSN (déclaration sociale nominative)**

Les données relatives à la protection sociale complémentaire et à la situation administrative de l'agent sont communiquées mensuellement au titulaire via la DSN mensuelle de la Fonction Publique d'Etat et le site Net-entreprises. Les données acheminées par Net-entreprises sont intégrées dans le SI de chaque organisme complémentaire. Le titulaire doit donc adapter son SI à la DSN de la Fonction Publique d'Etat et à la nomenclature utilisée (Noyau RH FPE). Les frais inhérents à cette adaptation sont réputés compris dans les prix remis par le titulaire.

Cette intégration peut donner lieu à des anomalies qui sont traduites dans les comptes rendus métiers (CRM) du titulaire. Ces CRM sont adressés en retour à la plateforme net-entreprises et transmises automatiquement au CTDSN de l'employeur.

### **5.5. Gestion des prestations**

Le titulaire doit proposer des espaces et fonctionnalités web (Internet / Intranet) de gestion mis à disposition du pôle ministériel, des services coordonnés et des bénéficiaires, afin de l'informer sur les garanties (notices, services d'information, documentation...), réaliser certaines opérations transactionnelles (demande d'étude de devis ...) et consultations (décomptes santé...).

Le pôle ministériel souhaite que les membres de son personnel et de ceux des services coordonnés bénéficient d'une grande qualité de service dans le règlement des prestations et est, notamment, très attentif aux points ci-dessous de l'offre de service.

**Livrable :** En particulier, il est attendu du titulaire des actions d'informations et de formation à l'attention des services RH du pôle ministériel et des services coordonnés. Ces éléments doivent figurer dans le planning remis par le titulaire dans son offre. Cette formation devra permettre d'utiliser les interfaces déployées ; Une base de données « école » pourra utilement être mise à disposition par le titulaire.

Le titulaire produit la liste des conventions passées avec les professionnels de santé et établissements hospitaliers.

Il assure également la mise en place et le fonctionnement du tiers payant conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

### 5.5.1 Engagements de délais de traitement

Le titulaire s'engage sur des délais de traitement des principaux actes de gestion et notamment sur les délais et modalités, dans la limite des plafonds indiqués en jours calendaires :

Engagement	Unité de mesure	Plafond
- Rédaction et impression de la notice d'information (en jour)	jour	60 jours
- Emission des cartes de tiers payant des nouveaux adhérents (hors affiliation en masse) (en jour)	jour	5 jours
- Connexion des flux Noémie (en jour)	jour	8 jours
- Règlement des prestations frais de santé (avec télétransmission) (en jour)	jour	3 jours
- Règlement des prestations frais de santé (sans télétransmission) (en jour)	jour	8 jours
- Réponse à devis (dentaire et optique) (en jour)	jour	8 jours
- Prise en charge hospitalière (en jour)	jour	3 jours
- Prise en charge dentaire et optique (en jour)	jour	8 jours
- Réponse aux demandes d'information (en jour)	jour	5 jours
- Taux de décroché des appels téléphoniques ou de rappel dans l'heure (call back) des bénéficiaires (en fonction des heures d'ouverture) (en %)	%	90%
- Délai maximal d'indisponibilité des espaces Web (bénéficiaires et RH) (en jour)	jour	1 jour

**Livrable :** Concernant le déploiement du dispositif, le titulaire remet dans son offre un planning qui doit s'inscrire dans les jalons suivants, étant entendu que la date de notification prévisionnelle du marché est le 2 mai 2024 :

- Adaptation de son SI : 40 jours ouvrés près la notification du marché,
- Dispositif prêt pour test de la recette bout en bout : 60 jours ouvrés après la notification du marché,
- Dispositif opérationnel avec test de la recette bout en bout réussi : 1er novembre 2024 au plus tard,
- Transmission de la carte Tiers-Payant à l'ensemble des bénéficiaires pré-affiliés : 15 décembre 2024 au plus tard.

Les jalons relatifs à la pré-affiliation et à la gestion des dispenses sont proposés par le soumissionnaire dans le planning qu'il remet dans son offre.

Il décrit les niveaux des délais moyens actuels décrits ci-dessus, et les modalités de contrôles proposées pour vérifier ces indicateurs en cours de vie du dispositif.

Un état trimestriel des indicateurs est transmis au format numérique au plus tard 15 jours après la fin du trimestre. Cet état indiquera :

- La valeur moyenne sur la période de chaque indicateur,
- Pour les indicateurs mesurés en délais, la liste et le dénombrement des éventuelles actions hors délais mentionnant leur typologie, et la mesure du retard correspondant.

Ces délais s'appliquent à la mise en place du dispositif au sein du pôle ministériel et de l'ensemble des services coordonnés.

### **5.5.2 Réseau de soins ou équivalent**

Le RPA souhaite proposer à l'ensemble de son personnel un régime de protection sociale frais de santé de qualité tout en maîtrisant la dérive de la consommation sur les postes fortement inflationnistes (optique, dentaire...).

Dans ce sens, le ministère souhaite que le titulaire propose un réseau de soins avec un encadrement des tarifs des praticiens, membres de ce réseau.

Les bénéficiaires doivent rester libres du choix des prestataires médicaux (médecine de ville, hôpitaux etc...). Cependant ils peuvent obtenir les coordonnées de l'un des centres du réseau agréé.

Le titulaire doit présenter et mettre en avant son ou le réseau qu'il souhaite proposer aux bénéficiaires du régime de protection sociale du ministère.

L'orientation est associée à un processus de géolocalisation pour faciliter l'accès et la prise de rendez-vous pour le bénéficiaire.

En cas d'absence de réseau de soins, le titulaire doit montrer quelles actions sont mises en œuvre, et avec quel résultat, pour obtenir les mêmes effets que ceux attendus d'un réseau de soins.

## **5.6. Service aux assurés**

**Livrable :** Le titulaire décrit dans son mémoire technique les moyens mis à disposition des assurés pour faciliter leur accès à l'information et au suivi de leurs remboursements, en décrivant en particulier les outils suivants :

- Espace web agents et application mobile, (TECH-QSA3 à TECH-QSA25),
- Plateforme téléphonique accessible depuis un numéro vert (TECH-QSA26 à 'TECH-QSA30) (une charge significative est attendue quelques semaines avant l'entrée en vigueur du dispositif, un renforcement de la plateforme est nécessaire.
- L'analyse de devis (TECH-QSA45).

Le téléservice soigne ses techniques et pratiques d'assistance aux diverses formes de handicaps, et dépasse un premier palier de 75 % des indicateurs du référentiel général d'amélioration de l'accessibilité. Le téléservice soigne la présentation des pages d'erreurs (codes 4xx, 5xx), les intègre dans la charte

graphique. En particulier, la page de ressource inexistante (404) propose des destinations alternatives. Ces pages n'exposent pas d'informations techniques sur les systèmes sous-jacents.

## 5.7. Mise à disposition d'un extranet RH

Le Titulaire met à disposition un extranet RH sécurisé permettant de :

- Accéder à l'ensemble des reporting prévus à l'article Suivi technique du régime et comitologie du présent CCTP,
- Accéder à l'ensemble du fichier des assurés,
- Disposer d'un espace permettant de déposer / télécharger des justificatifs et documents à destination du Titulaire / gestionnaire ainsi que des messages,
- Pouvoir procéder à la gestion d'affiliation en ligne qu'il s'agisse d'une inscription initiale, d'ajout d'ayant droit, de retraits d'affiliés, de dispense d'affiliation,
- Vérifier et justifier la diffusion de la notice d'information
- Accéder à l'ensemble de la documentation juridique, contractuelle et commerciale mise à disposition par le Titulaire,
- Modifier des coordonnées,
- Envoyer et recevoir des messages via la messagerie sécurisée,
- Gérer les habilitations d'accès AVEC des droits spécifiques pour certains utilisateurs,
- Gérer les habilitations d'accès SANS des droits spécifiques pour certains utilisateurs,
- Visualiser et modifier les entrées/sorties des agents,
- Modifier les données des agents,
- Télécharger les attestations de cotisations,
- Consulter les taux de cotisations,
- Consulter les tableaux de garantie,
- Consulter la fiche de paramétrage DSN,
- Visualiser l'historique des cotisations payées dans l'année,
- Visualiser l'historique des prestations versées dans l'année

Une formation à l'utilisation de cette interface pour l'ensemble des services RH concernés doit être mise en place par le titulaire. Les modalités sont précisées dans l'offre.

Le téléservice soigne ses techniques et pratiques d'assistance aux diverses formes de handicaps, et dépasse un premier palier de 75 % des indicateurs du référentiel général d'amélioration de l'accessibilité. Le téléservice soigne la présentation des pages d'erreurs (codes 4xx, 5xx), les intègre dans la charte graphique. En particulier, la page de ressource inexistante (404) propose des destinations alternatives. Ces pages n'exposent pas d'informations techniques sur les systèmes sous-jacents.

Ces éléments sont précisés dans le cadre de réponse technique (TECH-QSRH13 à TECH-QSRH14).

## 5.8. Assistance et télémedecine

**Livrable :** Les prestations d'assistance proposées aux assurés sont décrites dans le mémoire technique (TECH-QSA54)

Le Titulaire assure l'accès à la téléconsultation médicale c'est-à-dire la possibilité d'accéder à un médecin, par plusieurs moyens (visio conférence, audio conférence) à tout moment H24 7/7.

## 5.9. Communication

Le titulaire décrit le plan de communication envisagé pour informer les agents et leurs ayants droit autour des dispositifs dans le mémoire technique.

Ces actions peuvent prendre la forme de séminaires en ligne, de vidéos, d'animation de stand dans les locaux de l'Employeur...

Deux temps de communication devront être prévus :

- à la mise en place du dispositif en incluant également une assistance via la plateforme téléphonique,
- en régime permanent.
- 

Ce plan de communication est établi en concertation avec l'Employeur.

Le titulaire propose au RPA:

- un formulaire d'inscription pour les agents entrant dans le pôle ministériel ; celui-ci sera transmis à l'agent par l'employeur lors de la prise en charge administrative de l'agent ;
- un fiche d'information pour les agents partant à la retraite; celle-ci sera transmise à l'agent par l'employeur lors de la constitution du dossier retraite de l'agent ;

## 5.10. Suivi de la qualité de gestion

Le titulaire s'engage à réaliser chaque année une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires sur les thématiques suivantes

- Gestion des adhésions
- Gestions des prestations
- Echanges avec le centre de gestion

Les résultats de cette enquête de satisfaction sont transmis avant le 30/06 de l'année suivante à l'Employeur.

**Livvable :** Le management par la qualité mis en place devra être décrit dans le cadre technique (TECH-QSA38)

## 5.11. Gestion du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités

**Livrables :** Les modalités de gestion proposées pour ces deux fonds sont décrites dans le cadre de réponse technique (TECH-QSRH29 à TECH-QSRH37). Un état de suivi annuel de l'utilisation de ces fonds est transmis à l'Employeur.

## 5.12. Suivi technique du régime et comitologie

L'article 28 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 instaure la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS). Elle est composée de l'employeur public et de représentants des organisations syndicales et assistée par un expert indépendant.

Par conséquent, le titulaire doit s'engager à participer, au minimum, à 3 réunions annuelles (et leurs réunions préparatoires) et présente les éléments suivants :

- **Avant le 30 juin de l'exercice en cours**

- les comptes de résultats techniques définitifs arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque garantie (panier de soins interministériel, Options 1, 2 et 3 par exercice comptable et par exercice de survenance) ;
  - une analyse détaillée de la consommation médicale par grand poste de soins et par catégorie de bénéficiaires ;
  - les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base ;
  - Les lignes de décomptes frais de santé ;
  - Suivi des indicateurs de gestion ;
  - Suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités.
- **Avant le 31 août de l'exercice en cours, pour chacun des régimes Frais de santé**
    - les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base ;
    - une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaitées par l'organisme assureur pour la prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime pour l'exercice en cours ;
    - les prévisions sur les comptes de résultats frais de santé, ainsi que sur la consommation médicale ;
    - Suivi des indicateurs de gestion ;
    - Suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités.
- **Tout au long de l'année**
    - Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par la CPPS du ministère, y compris la fourniture à fréquence à définir des décomptes de soins en ligne à ligne.

**Livrable :** Le titulaire décrit dans son mémoire les moyens mis à la disposition de la CPPS pour auditer et contrôler les éléments entrant en jeu dans le calcul de la cotisation d'équilibre et notamment :

- Prestations du régime de base, par catégorie d'assuré
- Evaluations des différentes solidarités par type de bénéficiaire

Une réunion annuelle avec la Direction des Affaires Financières du pôle ministériel peut également être organisée.

**Livrable :** Le titulaire présente également le modèle de reporting envisagé pour le dispositif (TECH-MF1).



## **Annexe 1 : détermination de la cotisation d'équilibre**

### **Récapitulatif du mode de calcul de la cotisation d'équilibre, de la cotisation employeur et des parts forfaitaire et solidaire de la cotisation des agents :**

- Calcul de la cotisation de référence permettant de couvrir le coût des garanties pour la population des agents actifs,
- Estimation de l'impact des différentes solidarités,
- Calcul de la cotisation d'équilibre par intégration du coût des dispositifs de solidarité,
- Etablissement du budget global de l'ensemble des agents actifs : cotisation de référence + coûts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part employeur sur la base de 50% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + couts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part agent sur la base de 50% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + couts des dispositifs de solidarité et après intégration des cotisations additionnelles,
- Calcul du budget de la part individuelle forfaitaire sur la base de 20% de la cotisation d'équilibre soit cotisation de référence + couts des dispositifs de solidarité,
- Calcul du budget de la part individuelle solidaire par différence entre le budget agent total et le budget lié à la part individuelle forfaitaire,
- Calcul du taux à appliquer à chaque agent pour déterminer la part individuelle solidaire comme le rapport entre la part individuelle solidaire et la somme des rémunérations plafonnées dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (fixé en application de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale) des agents.