



CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES (C.C.T.P.)

N° DE MARCHE : AO 24 NA 013

**Mise en place d'un contrat de protection sociale destiné au
personnel de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale
dans les Mines**

Filiéris est une marque déposée pour son offre de santé par la CANSSM

CAISSE AUTONOME NATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES

77, avenue de Ségur - 75714 PARIS CEDEX 15

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| ARTICLE 1. DISPOSITIONS GENERALES | 3 |
| 1.1 PRESENTATION DE LA CANSSM ET DE SA MARQUE FILIERIS..... | 3 |
| 1.2 OBJET DU MARCHE | 4 |
| ARTICLE 2. LES BENEFICIAIRES | 5 |
| 2.1 Le dispositif Frais de santé | 5 |
| 2.2 Le dispositif de prévoyance | 9 |
| ARTICLE 3. LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES | 11 |
| 3.1 Présentation du dispositif frais de santé..... | 11 |
| 3.2 Présentation du dispositif de prévoyance..... | 12 |
| 3.3 Les garanties..... | 12 |
| 3.4 Le financement..... | 13 |
| 3.5 Date d’effet des garanties | 14 |
| ARTICLE 4. OBLIGATIONS DU TITULAIRE DU MARCHE | 15 |
| 4.1 Respect des dispositions des accords collectif du 17 septembre 2024 | 15 |
| 4.2 Obligations générales..... | 15 |
| 4.3 Mettre en œuvre un service de gestion..... | 15 |
| 4.4 Mettre en place un service d’information | 17 |
| 4.5 Mettre en place un suivi..... | 17 |
| 4.6 Respecter les informations concernant les assurés | 18 |
| 4.7 Mettre en place un suivi un compte de participation aux bénéfices..... | 18 |
| | |
| ANNEXE 1 : Données démographiques détaillées ¹ | |
| ANNEXE 2 : Garanties actuelles | |
| ANNEXE 3 : Garanties cibles | |
| ANNEXE 4 : Taux de cotisation | |
| ANNEXE 5 : Comptes de résultats | |
| ANNEXE 6 : Règles maintien de salaire | |
| ANNEXE 7 : ACCORD COLLECTIF FRAIS DE SANTE du 17 SEPTEMBRE 2024 | |
| ANNEXE 8 : ACCORD COLLECTIF PREVOYANCE du 17 SEPTEMBRE 2024 | |
| ANNEXE 9 : Cadre Réponse Technique | |
| ANNEXE 10 : Reprise de passif – Arrêts en cours | |

¹ Compte tenu de la sensibilité des données et des règles RGPD, cette annexe ne sera communiquée aux candidats que sur demande à l’adresse service.marches@filieris.fr et après signature d’un accord de confidentialité

Article 1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1 PRESENTATION DE LA CANSSM ET DE SA MARQUE FILIERIS

Filieris est un groupe de santé géré par la Caisse Autonome de Sécurité sociale dans les Mines (CANSSM). Cette dernière est l'organisme gestionnaire du régime spécial de Sécurité sociale des Mines.

Le Régime Minier est un régime spécial de sécurité sociale créé par le décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 modifié portant organisation de la sécurité sociale dans les mines. Suite au transfert de la branche assurance-maladie à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et de la branche retraite des mineurs à la Caisse des Dépôts et Consignations, il assure une prise en charge globale des prestations de santé désormais accessible à tous sous la marque Filieris.

Filieris est placé sous la tutelle du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes, et du Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'Etat. Il est présidé par Philippe GEORGES, dirigé par Gilles DE LACAUSSADE et administré par un conseil d'administration dont les administrateurs représentent les exploitants, les affiliés, l'Etat, la CNAM et des personnalités qualifiées.

Filieris est constitué d'un seul organisme : le siège est basé à Paris et les trois Directions régionales sont situées en région, à savoir : à Lens pour le NORD, à Metz pour l'EST, à Alès pour le SUD.

Depuis la fermeture des mines, Filieris a vu la population de ses affiliés diminuer. C'est la raison pour laquelle il a ouvert son offre de soins en 2005 à l'ensemble de la population – à l'exception des pharmacies – et qu'il participe au financement et à la modernisation de structures d'accueil pour personnes âgées.

Filieris met également en œuvre des actions de santé publique, notamment par la prévention et la promotion de la santé pour ses affiliés et a développé une offre de soins comprenant plus de 220 œuvres, notamment :

- **130** centres de santé (avec antennes), dont **110** centres de santé polyvalents principaux (pouvant comprendre plusieurs activités : médecine spécialisée, générale, soins infirmiers, kinésithérapie, dentaire) et **13** antennes et **7** centres de santé dentaires
- **22** établissements sanitaires et médico-sociaux :
 - 11 établissements de soins médicaux et réadaptation intégrant 3 unités de soins de longue durée (USLD)
 - 11 établissements médico-sociaux dont 6 EHPAD
- **16** services autonomie à domicile - Soins (services de soins infirmiers à domicile - SSIAD)
- **2** services autonomie à domicile - Accompagnement (services d'aide et d'accompagnement à domicile - SAAD)
- **18** pharmacies
- **1** centre d'optique
- **1** service de matériel médical
- **1** centre de vaccination
- **1** centre d'examens de santé
- **1** centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)
- **1** maison des aidants

L'ensemble des professionnels de santé des centres de santé sont des salariés de la CANSSM.

Une présentation plus détaillée du régime minier est disponible sur le lien suivant : <http://www.filieris.fr>

Filieris étant très attachée à la politique RSE, l'attention des candidats est rappelée sur l'article L.3-1 du code de la commande publique et sur la loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets

1.2 OBJET DU MARCHÉ

1.2.1 Le contexte

Les salariés de la CANSSM bénéficient actuellement d'un dispositif de frais de santé et de régimes de prévoyance.

Pour faire suite à une réflexion globale et aux accords signés avec les organisations syndicales, relatifs à l'amélioration et l'adaptation des prestations de prévoyance et frais de santé, la CANSSM souhaite renouveler ses dispositifs **à effet du 01/07/2025.**

1.2.2 L'objet

Les dispositions du présent cahier des clauses techniques particulières concernent la passation d'un marché ayant pour objet :

- Les frais de santé : faire bénéficier le personnel et leurs ayants droit, de prestations complémentaires aux régimes de base de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les assurés.
- La prévoyance : le versement de prestations en cas de décès, incapacité temporaire et invalidité permanente.

Le présent cahier des clauses techniques particulières définit, par référence aux accords collectifs conclus au 17 septembre 2024 (**Annexes 7 et 8**) :

- Les bénéficiaires ;
- Les prestations du régime frais de santé ;
- Les prestations du régime prévoyance ;
- Les obligations du titulaire du marché.

Article 2. LES BENEFICIAIRES

2.1 Le dispositif Frais de santé

2.1.1 Les salariés de la CANSSM

L'ensemble des salariés de la CANSSM sont obligatoirement affiliés au contrat Frais de santé sans aucune condition d'ancienneté.

2.1.2 Les cas de dispenses

Il est rappelé que, conformément aux dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, les salariés ont la faculté de refuser, à leur initiative, leur adhésion au régime, dès lors qu'ils sont susceptibles de relever de l'un des cas de dispense d'adhésion « de plein droit » prévu par ces dispositions.

Les salariés suivants auront également, en application de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, la faculté de refuser leur adhésion au régime :

| Cas de dispense | Moment de la demande de dispense | Durée de validité de la dispense |
|---|----------------------------------|---|
| Des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute. | À tout moment | Dispense possible tant que le salarié ou l'apprenti en remplit les conditions |
| Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, du dispositif suivant : régime remplissant les conditions du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (régime complémentaire santé collectif et obligatoire) à condition de justifier chaque année étant précisé que : <ul style="list-style-type: none">- pour les couples de salariés travaillant dans la même entreprise, l'un des deux membres du couple doit alors être affilié en propre, l'autre en qualité d'ayant droit,- pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que cette couverture soit prévue à titre obligatoire ou facultatif. | A tout moment | Dispense possible jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause |

| | | |
|---|----------------------|--|
| <p>Salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective, à condition de le justifier chaque année, dans l'un des cadres suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en application des articles D.325-6 et D.325-7 du Code de la sécurité sociale ; - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946. | <p>A tout moment</p> | <p>Dispense possible jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause</p> |
|---|----------------------|--|

Quel que soit le motif de dispense invoqué, les salariés pourront solliciter, par écrit, *via* le formulaire de dispenses transmis par la Direction à cet effet, auprès de la Direction des ressources humaines de l'entreprise, leur dispense d'adhésion au présent régime.

Cette attestation sur l'honneur devra être :

- renouvelée chaque année, et
- remise, à l'exception des cas de dispenses pouvant être demandés « à tout moment », dans les 30 jours suivant leur embauche ou, le cas échéant, dans les 30 jours suivant la date d'effet de la situation justifiant la dispense.

Les salariés régulièrement dispensés d'affiliation voient leur attention attirée sur le fait qu'en refusant d'adhérer au présent régime, ils ne pourront bénéficier des remboursements résultant du régime établi par le présent accord, y compris pendant l'éventuelle période de portabilité.

Ainsi, en cas de dépenses de santé, le salarié dispensé ainsi que, le cas échéant, ses ayants droit, ne pourront en aucun cas bénéficier d'un quelconque remboursement de ces dépenses au titre du dispositif frais de santé.

En tout état de cause, les salariés pourront à tout moment revenir sur leur décision de non-adhésion et solliciter auprès de l'entreprise leur adhésion au régime, dans les conditions prévues par le contrat d'assurance.

A défaut de respecter les conditions susvisées, les salariés seront automatiquement affiliés au régime collectif de remboursement de frais de santé. De même, ces salariés seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation.

Il convient de préciser que ces dispenses n'excluent pas les salariés de l'adhésion à la complémentaire santé. Le salarié a la possibilité de faire valoir sa dispense mais il peut également s'affilier s'il le souhaite.

2.1.3 Les salariés en suspension de contrat de travail

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, total ou partiel, de salaire (quelle qu'en soit la dénomination), ou
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (il s'agit notamment des salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur tel que le congé de reclassement ou encore de mobilité).

Dans ces hypothèses, une contribution calculée selon les règles prévues pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas suspendu, est versée pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation selon le précompte habituel.

Pour les autres cas non listés précédemment, l'adhésion au présent régime ne sera pas maintenue.

S'il le souhaite, le salarié peut faire une demande afin de continuer à bénéficier du régime de frais de santé mis en place. Dans cette hypothèse, le salarié est tenu d'adresser, dans les 30 jours suivants la suspension de son contrat, ses numéros IBAN et BIC à la CANSSM ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation et de la CSG/CRDS afférente à la participation patronale.

2.1.4 Les ayants droit des salariés

Peuvent adhérer à titre accessoire et facultatif au régime les ayants droit des salariés. Les ayants droit seront définis au contrat d'assurance et dans la notice d'information. Vous trouverez ci-dessous, une proposition de formulation :

- son conjoint non séparé judiciairement, son partenaire, dans le cadre d'un PACS ou à défaut son concubin (sous présentation d'un justificatif) à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité sociale ;
- ses enfants âgés de moins de 20 ans ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin âgés de moins de 26 ans :
 - lorsqu'ils sont affiliés au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - lorsqu'ils sont étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur affiliés au régime de Sécurité sociale autre que celui visé ci-dessus, sous réserve qu'ils reçoivent une rémunération mensuelle inférieure ou égale à 55 % du SMIC,
 - lorsqu'ils poursuivent des études dans le cadre d'une formation en alternance (qualification, apprentissage,...) et reçoivent une rémunération mensuelle inférieure à 55 % du SMIC,

- lorsqu'ils sont handicapés et perçoivent une des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées, sous réserve que cette allocation ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.
- ses ascendants ou ceux de son conjoint, partenaire ou concubin à charge au sens de la Sécurité social.

En cas de décès du salarié, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des garanties complémentaires santé pendant au moins 12 mois, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes et sous réserve d'en faire la demande auprès du titulaire du marché dans les six mois qui suivent le décès du salarié.

2.1.5 Pour les anciens salariés de la CANSSM

En application de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, les personnes listées ci-après, anciens salariés de la CANSSM, pourront demander directement au titulaire du marché le maintien de leur couverture complémentaire santé dans les six mois qui suivent la rupture de leur relation ou contrat de travail :

- anciens salariés retraités, non actifs ;
- anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- salariés en pré-retraites.

Le titulaire du marché s'engage à proposer cette couverture dans les deux mois suivant sa désignation.

2.1.6 En cas de rupture du contrat de travail

Le régime de frais de santé applicable dans la CANSSM est maintenu, dans les conditions prévues à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Le droit à portabilité est ainsi subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois.

Les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation à ce titre.

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

2.2 Le dispositif de prévoyance

La Convention d'Objectif et de Gestion (COG) entre l'Etat et la CANSSM pour 2022 à 2024 a constaté que « *la CANSSM a entrepris plusieurs négociations visant à tirer avantage de sa transformation en entreprise unique et à simplifier les dispositifs conventionnels existants, souvent complexes et parfois obsolètes* ». La COG ajoute que « *dans la poursuite de ces évolutions majeures, il est nécessaire de continuer l'harmonisation des dispositifs conventionnels. D'abord, en finalisant les négociations déjà engagées pour l'instauration d'une prévoyance pour l'ensemble des salariés* ».

Ainsi, les partenaires sociaux de la CANSSM se sont réunis pour, conformément aux exigences de la COG, harmoniser les garanties de prévoyance (entendues comme les garanties incapacité ou complément d'indemnité en cas d'arrêt de travail, invalidité et décès) dont bénéficient les salariés de la CANSSM.

L'étude des différents régimes de prévoyance applicables au sein de la CANSSM a permis aux partenaires sociaux et à la DRH d'instituer un régime de prévoyance « incapacité, invalidité et décès » complémentaire à adhésion obligatoire **unique pour l'ensemble des salariés de la CANSSM**.

Par ailleurs, afin de permettre aux salariés de la CANSSM qui le souhaitent d'améliorer les garanties de prévoyance dont ils bénéficieront, les partenaires sociaux ont décidé d'instituer, par un contrat d'assurance distinct à celui relatif au régime complémentaire à adhésion obligatoire, un régime surcomplémentaire de prévoyance « incapacité, invalidité et décès » auquel les salariés peuvent librement adhérer.

2.2.1 Les salariés de la CANSSM

L'ensemble des salariés de la CANSSM sont obligatoirement affiliés au contrat Prévoyance sans aucune condition d'ancienneté.

2.2.2 Les cas de dispenses

Il est rappelé que, conformément aux dispositions des articles L. 911-7 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale, les salariés ont la faculté de refuser, à leur initiative, leur adhésion au régime, dès lors qu'ils sont susceptibles de relever de l'un des cas de dispense d'adhésion « de plein droit » prévu par ces dispositions.

Il convient de préciser que ces dispenses n'excluent pas les salariés de l'adhésion à la complémentaire santé. Le salarié a la possibilité de faire valoir sa dispense mais il peut également s'affilier s'il le souhaite.

2.2.3 Les salariés en suspension de contrat de travail

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, total ou partiel, de salaire (quelle qu'en soit la dénomination), ou
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur, ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ou
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (il s'agit notamment des salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur tel que le congé de reclassement ou encore de mobilité).

Dans ces hypothèses, une contribution calculée selon les règles prévues pour les salariés dont le contrat de travail n'est pas suspendu, est versée pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Ainsi, le taux, l'assiette et la répartition prévus ci-après et dans les documents (annexes, notices, etc.) en relation avec l'objet du présent accord, sont applicables.

Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation selon le précompte habituel.

Pour les autres cas non listés précédemment, l'adhésion au présent régime ne sera pas maintenue.

S'il le souhaite, le salarié peut faire une demande afin de continuer à bénéficier du régime prévoyance « incapacité, invalidité et décès » mis en place. Dans cette hypothèse, le salarié est tenu d'adresser, dans les 30 jours suivants la suspension de son contrat, ses numéros IBAN et BIC à la CANSSM ainsi qu'une autorisation de prélèvement de sa cotisation et de la CSG/CRDS afférente à la participation patronale.

2.2.4 En cas de rupture du contrat de travail

En application de la loi du 14 juin 2013, les salariés dont le contrat de travail est rompu et qui sont indemnisés à ce titre par l'assurance chômage, hors cas de faute lourde, bénéficieront de la portabilité de leur régime dans les conditions prévues par cette réglementation (article L.911-8 du code de la sécurité sociale).

Article 3. LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Le présent marché a pour objet les prestations de garanties de frais de santé et de prévoyance, ainsi que les prestations de gestion associée pour les salariés de la CANSSM.

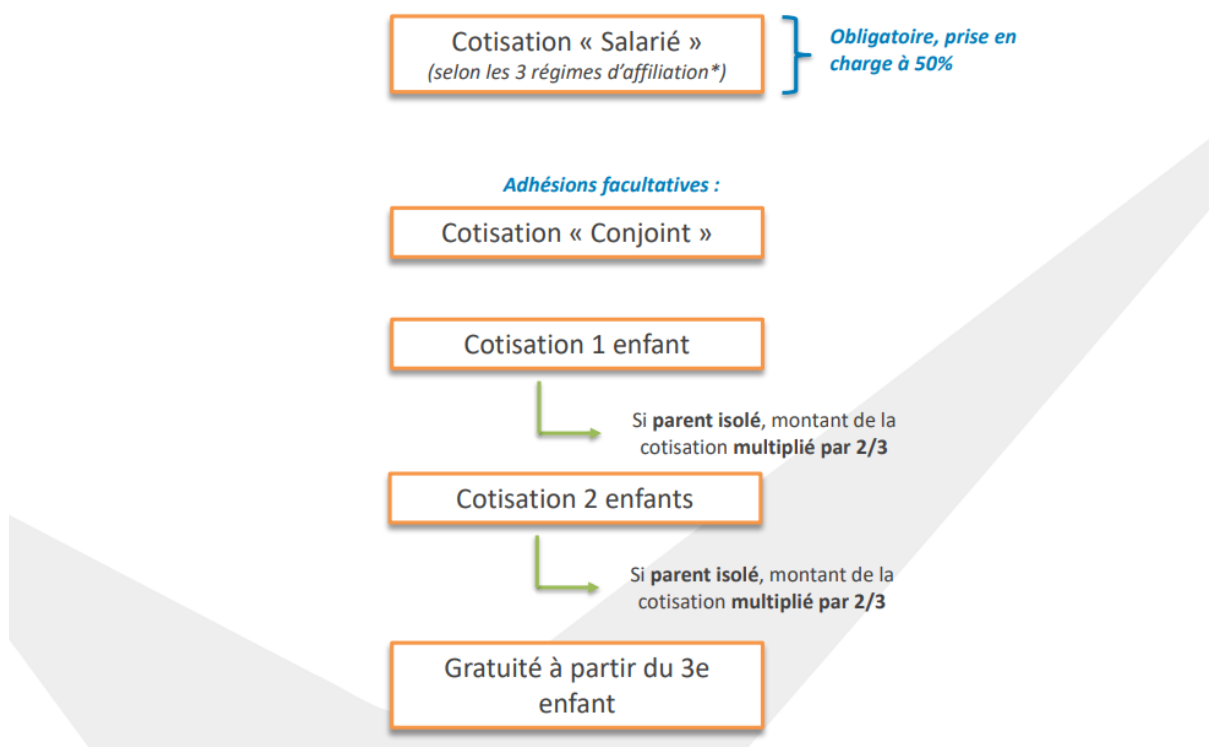
3.1 Présentation du dispositif frais de santé

Une complémentaire santé obligatoire pour le salarié avec une prise en charge pour moitié de l'employeur (50%) appelée « solution de base ». Cette solution de base doit garantir les prestations mentionnées en « **Annexe 3 – Garanties cibles** » dans l'onglet « **Santé – Régime Cible** ».

Une complémentaire santé facultative pour les conjoints et les enfants des salariés (sans prise en charge par l'employeur), dont les garanties sont les mêmes que celles des salariés (cf. « **Annexe 3 – Garanties cibles** » dans l'onglet « **Santé – Régime Cible** »).

Une surcomplémentaire santé facultative pour le salarié, et le cas échéant ses ayants droit, correspondant à une couverture additionnelle qui est proposée en plus de la « solution de base ». La couverture additionnelle dite « surcomplémentaire » est détaillée en « **Annexe 3 – Garanties cibles** » dans l'onglet « **Santé – Régime Cible** »).

La structure de cotisation est telle que définie ci-dessous :



Un parent isolé est une personne célibataire, divorcée, séparée ou veuve ayant des enfants à charge ou enceinte qui ne vit pas en couple de manière déclarée et permanente et qui ne partage pas ses ressources et ses charges avec un époux(se), concubin ou partenaire de

Pacs. Le parent isolé devra justifier de ne pas percevoir de pension alimentaire ou d'allocation parent isolé.

3.2 Présentation du dispositif de prévoyance

L'étude des différents régimes de prévoyance applicables au sein de la CANSSM a permis aux partenaires sociaux de constater qu'il existe des écarts de garanties entre les salariés selon leur catégorie salariale. Cette différence de traitement entre les salariés de la CANSSM a posé une difficulté de principe à laquelle les partenaires sociaux ont souhaité répondre dans le cadre de l'harmonisation des garanties de prévoyance. La création d'un régime unique pour l'ensemble des salariés de la CANSSM a donc été recherchée, ce qui a permis, par ailleurs, aux salariés de mieux déterminer et comprendre leurs garanties.

Dans ce contexte, les partenaires sociaux ont institué un régime de prévoyance « incapacité, invalidité et décès » complémentaire à adhésion obligatoire unique pour l'ensemble des salariés de la CANSSM.

Le dispositif de Prévoyance est composé de :

- **Une complémentaire prévoyance obligatoire** pour le salarié avec une prise en charge à hauteur de 74% par l'employeur.
- **Deux complémentaires prévoyance facultatives** pour le salarié, correspondant à des couvertures additionnelles qui sont proposées en plus du dispositif obligatoire. Les couvertures additionnelles facultatives sont à la charge exclusive des salariés.

Le dispositif actuellement en vigueur couvre les salariés de la CANSSM en fonction de leur catégorie socio professionnelle. Ce dispositif est détaillé dans « **l'annexe 2 : Garanties actuelles** » et les taux de cotisation actuellement en vigueur sont détaillées dans « **l'annexe 4 : Taux de cotisations** ».

3.3 Les garanties

Les tableaux des garanties se trouvent en « **Annexe 3 : Garanties cibles** » du DCE.

La couverture frais de santé exclut le cas échéant la prise en charge de :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.161-32-2 du code de la sécurité sociale),
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors

- hospitalisation) et pour les actes de biologie (article L.322-2 du code de la sécurité sociale),
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322-2 du code de la sécurité sociale).

3.4 Le financement

3.4.1 Dispositif frais de santé

Le financement de la complémentaire santé est assuré par une cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié dans le cadre de l'adhésion obligatoire (offre de base).

La part salariale de la cotisation est prélevée mensuellement sur les salaires des adhérents à titre obligatoire.

Les cotisations acquittées au titre des adhésions à titre facultatif sont financées exclusivement par le salarié ou le bénéficiaire et sont versées directement au titulaire du marché selon les modalités définies par ce dernier.

Le montant des cotisations est exprimé en pourcentage du PMSS.

La cotisation tiendra compte des garanties remboursées par le régime d'affiliation de sécurité sociale au risque maladie de l'adhérent à titre obligatoire ou facultatif (régime minier, régime Alsace-Moselle, régime général).

Le Siège de la CANSSM effectue le versement des cotisations directement au titulaire du marché.

Dispositions relatives au versement santé :

Les salariés visés ci-après sont expressément exclus du présent régime de prévoyance complémentaire collectif et obligatoire « frais de santé ».

Pour ces salariés, la CANSSM remplit son obligation de prise en charge de la couverture santé au moyen du dispositif de versement santé, à la condition que ceux-ci bénéficient par ailleurs d'une couverture individuelle remplissant les conditions légales.

Ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice d'une couverture complémentaire solidaire (au titre de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale), d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Le montant de ce versement est calculé conformément à la réglementation en vigueur.

Les catégories de salariés visées sont : les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois.

3.4.2 **Dispositif de prévoyance**

Les cotisations s'appliquent à la rémunération de référence, celle-ci correspondant à la rémunération brute annuelle constituant l'assiette des cotisations sociales, telle que définie à l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale.

Les tranches de rémunération sont définies de la manière suivante :

- Tranche 1 : tranche de rémunération inférieure à la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS),
- Tranches 2 : tranches de rémunération comprises entre le PASS et huit fois ce plafond.

Les salariés ont la possibilité d'améliorer leur couverture « incapacité, invalidité et décès » en adhérant au régime surcomplémentaire à adhésion facultative. Le cas échéant, la cotisation sera uniquement à leur charge et aucune participation employeur ne sera appliquée.

La cotisation facultative sera prélevée sur le bulletin de salaire directement par l'entreprise et versée à l'organisme assureur.

En complément des taux de cotisation, les candidats devront estimer le coût de la reprise de passif (revalorisation des prestations incapacité/invalidité en cours) via une majoration de la cotisation via le versement d'une soulte. A la date d'échéance du marché actuel, la liste des sinistres en cours est jointe en **annexe 5** – comptes de résultats. La liste pourra être mise à jour avec les organismes assureurs actuels.

3.5 **Date d'effet des garanties**

Les dispositifs de frais de santé et de prévoyance prennent effet au 1^{er} juillet 2025 pour les salariés de la CANSSM ainsi que leurs ayants droit.

L'adhésion intervient sans délai de carence, sans condition d'âge, ni questionnaire médical, sous réserve de la transmission au titulaire du marché d'un bulletin d'adhésion individuelle dans le délai précisé par l'organisme dans son offre.

Article 4. **OBLIGATIONS DU TITULAIRE DU MARCHÉ**

4.1 **Respect des dispositions des accords collectif du 17 septembre 2024**

En contrepartie de la perception des cotisations, le titulaire du marché s'engage à respecter les termes des accords collectifs signés le 17 septembre 2024 et en annexes 7 et 8.

4.2 **Obligations générales**

Les organismes se portant candidat au présent appel d'offres devront impérativement répondre aux questions du CRT (Annexe 9 : Cadre de réponse technique) et tenir les engagements y afférents.

Le titulaire du marché s'engage à respecter la réglementation en vigueur pour les dispositifs de complémentaire frais de santé et de prévoyance, le cadre légal et les évolutions du contrat responsable, le panier de soins et services négocié avec les partenaires sociaux et, l'engagement du salarié du libre choix de son professionnel de santé. Il s'engage également à ne pas sélectionner les patients ni à appliquer de délai de carence.

La CANSSM rappelle qu'elle a développé son propre réseau de soins et sa propre marque de santé, FILIERIS. Le réseau santé de la CANSSM est ouvert à tous les assurés sociaux et implanté sur l'ensemble des territoires de ses collaborateurs. Le réseau de soins proposé par le soumissionnaire devra tenir compte de cette spécificité.

Organisé en filière, il propose une offre de soins et de services unique et coordonnée, afin de permettre à chaque patient de bénéficier d'une prise en charge globale de qualité, le tout structuré en parcours de santé personnalisé.

4.3 **Mettre en œuvre un service de gestion**

4.3.1 **Service de tiers-payant**

Le titulaire du marché doit avoir créé un vaste réseau de tiers-payant en concluant des accords avec les professionnels de santé et les organismes de la sécurité sociale.

Les assurés bénéficient du tiers-payant qui doit fonctionner sur l'ensemble du territoire français.

Le titulaire du marché devra communiquer à la CANSSM un état sur l'ensemble des accords de tiers-payant en vigueur.

4.3.2 Service de télétransmission

Le titulaire du marché s'engage à proposer à l'ensemble de ses assurés la télétransmission des informations depuis la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de l'assuré. Le titulaire du marché doit appliquer la norme NOEMIE (Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) qui permet d'échanger des données informatiques entre les caisses d'assurance maladie et les organismes de complémentaire santé. Ces échanges permettent aux assurés d'être remboursés rapidement sans avoir à transmettre leurs décomptes maladie à la complémentaire santé.

Le titulaire du marché s'engage à ce que soit opérationnelle dès le 1^{er} juillet 2024 et réception des informations nécessaires concernant les ouvrants droits, la télétransmission électronique des données avec les caisses sous peine de se voir appliquer les pénalités prévues à l'article 7 du CCAP.

Délais de règlement

Le titulaire du marché doit s'engager à respecter des délais de traitement des actes : moins de 5 jours ouvrés à réception du décompte de l'assurance maladie ou de la facture du professionnel de santé en cas de tiers-payant.

Le décompte des relevés des prestations doit être adressé au domicile de l'assuré une fois par mois ou accessible sur le compte personnel de l'assuré via le site internet de la complémentaire santé.

4.3.4 Service de gestion

Dans le cadre du présent contrat, le titulaire du marché assure la gestion des cotisations et des prestations des assurés.

Le titulaire du marché traite les dossiers qui sont adressés par les adhérents et leur verse directement les prestations. Le titulaire du marché est l'interlocuteur de la CANSSM et de ses salariés assurés à la complémentaire santé et prévoyance pour tout ce qui concerne le paiement des prestations.

Les adhérents bénéficient des services du titulaire du marché.

Le titulaire du marché gère les contrats des assurés, leur remboursement et les services associés.

Le titulaire du marché met en œuvre la communication et toute la documentation d'information nécessaire à la bonne compréhension des garanties et des dépenses (notice d'information et documents contractuels). Il met en place un espace internet dédié aux services ressources humaines de la CANSSM (siège et services territoriaux) qui pourra notamment déclarer et régler les cotisations, affilier et radier ses salariés.

Sur simple demande, le titulaire du marché s'engage à communiquer à l'assuré les différentes prestations auxquelles il peut prétendre de par son affiliation.

Le titulaire du marché accompagne les différents services ressources humaines dans la mise en place des complémentaires Frais de santé et prévoyance : formation, rédaction des supports de communication, déplacements en région afin de présenter aux salariés les prestations, organisation de réunions d'information. Cette liste n'est pas exhaustive.

4.4 Mettre en place un service d'information

Les assurés ont accès aux plateformes téléphoniques du titulaire du marché pour tout ce qui concerne leurs interrogations en matière de santé : analyse de devis, information médicale, demandes de prise en charge, interprétation des garanties, cotisation et affiliation.

Ces services ne sont pas exhaustifs. Le titulaire du marché peut mettre en œuvre d'autres services d'informations pratiques telle que la recherche de professionnels de santé.

L'ensemble des éléments devront être détaillées dans l'annexe 9 (CRT) ou le mémoire technique.

4.5 Mettre en place un suivi

La CANSSM attache une importance particulière à la gestion technique et à la maîtrise financière du dispositif. Ce souhait s'intègre dans une volonté de suivi et de maîtrise du dispositif.

Les organismes se portant candidat au présent appel d'offres pour les dispositifs de prévoyance et de Frais de Santé devront impérativement répondre aux questions relatives à la gestion technique et au pilotage dans le CRT (Annexe 9).

Par ailleurs, les organismes se portant candidat devront également fournir des exemples des éléments suivants :

Eléments contractuels

- L'organisme candidat devra fournir des exemples de « conditions générales » et « conditions particulières » adaptées à la présente offre.
- L'organisme candidat devra également lister de manière exhaustive l'ensemble des dispositions contractuelles, présentes dans les conditions générales, pour respecter les conditions d'exonération fiscale et sociale.

Communication annuelle

- L'organisme candidat devra joindre à sa réponse un exemple type de comptes transmis. A noter que ces comptes devront être transmis au plus tard au 30 juin de l'année qui suit l'année d'analyse ;

- L'organisme candidat devra joindre à sa réponse un exemple de reporting Frais de santé, qui sera fournis 2 fois par an.

4.6 Respecter les informations concernant les assurés

Le titulaire du marché doit respecter la loi « Informatique et Libertés² » dans le cadre de la mise en place de la complémentaire santé.

Le titulaire du marché s'engage à informer les assurés de la finalité du traitement de leurs données, de leur droit d'accès et de rectification.

La CANSSM transmettra au titulaire du marché les données concernant les assurés. Dans ce cadre, et en application de la loi « Informatique et Libertés », le titulaire du marché s'engage à préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées.

Le titulaire du marché est tenu au secret professionnel et doit respecter la confidentialité des informations transmises par la CANSSM.

4.7 Mettre en place un suivi un compte de participation aux bénéfices

Fort de l'expérience de nos précédents marchés, Filieris souhaite mettre en place dans le cadre du présent marché un compte de participation aux bénéfices.

Un compte de participation aux bénéfices consiste, au titre de chaque exercice (du 01/01/N au 31/12/N) et au plus tard le 30/06/N+1, pour l'organisme assureur à établir des comptes techniques annuels pour l'ensemble des garanties frais de santé et prévoyance.

L'objectif de ce mécanisme est de lisser la volatilité des résultats sur plusieurs exercices des dispositifs de protection sociale.

Les mécanismes de compte de participation aux bénéfices et de réserve générale devront être détaillés dans le protocole technique et financier qui sera proposé par le soumissionnaire.

Sur ce point, l'offre technique du titulaire est rendue contractuelle, notamment concernant :

- La mise en place d'un compte de participation aux bénéfices et la mise place un protocole de compte de participation aux bénéfices (réserve générale alimentée par les excédents et transférable en cas de résiliation).

² Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

- Le taux de distribution du solde technique excédentaire (taux minimum de 85%)
- Le taux d'affectation du solde technique déficitaire
- Les clauses particulières en cas de transfert
- Le taux de distribution des intérêts financiers
- Le taux d'intérêt financier sur le report de pertes
- Les modalités de calcul du taux de rendement des intérêts financiers
- En cas de changement d'organisme assureur, le transfert du compte de participation aux bénéfices et l'éventuelle réserve générale constitués au nouvel organisme