|  |
| --- |
| **CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIE** |
| **Marché public de prestations de services** |
| **Assurance complémentaire santé** |
| **Acte d’engagement valant conditions particulières** |

Contenu

[1 Fonctionnement général 2](#_Toc207974889)

[1.1 Objet du contrat 2](#_Toc207974890)

[1.2 Souscripteur 2](#_Toc207974891)

[1.3 Engagement contractuel 2](#_Toc207974892)

[1.4 Durée de l’engagement 2](#_Toc207974893)

[2 Engagement de l’Assureur 3](#_Toc207974894)

[2.1 Identification et engagement 3](#_Toc207974895)

[2.2 Répartition des prestations 4](#_Toc207974896)

[3 Actes du droit du travail sources du contrat d’assurance 5](#_Toc207974897)

[4 Adhésion des personnes 5](#_Toc207974898)

[4.1 Caractère collectif des adhésions des travailleurs handicapés 5](#_Toc207974899)

[4.2 Caractère obligatoire des adhésions des travailleurs handicapées 5](#_Toc207974900)

[4.3 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail 5](#_Toc207974901)

[4.4 Maintien des garanties à titre temporaire et gratuit en cas de portabilité 6](#_Toc207974902)

[4.5 Maintien des garanties à titre viager et onéreux 6](#_Toc207974903)

[5 Adhésion des ayants-droit des travailleurs handicapés 7](#_Toc207974904)

[5.1 Définition des ayants-droit 7](#_Toc207974905)

[5.2 Adhésion des ayants-droit 7](#_Toc207974906)

[6 Garanties proposées 9](#_Toc207974907)

[7 Cotisations 12](#_Toc207974908)

[8 Maîtrise financière 13](#_Toc207974909)

[8.1 Compte de résultat prévisionnel 13](#_Toc207974910)

[8.2 Provisions techniques 13](#_Toc207974911)

[8.3 Informations relatives aux frais de gestion et à l’indemnisation 14](#_Toc207974912)

[8.4 Evolution des cotisations 15](#_Toc207974913)

[8.5 Pilotage du contrat 16](#_Toc207974914)

[9 Qualité des garanties 17](#_Toc207974915)

[9.1 Réserves 17](#_Toc207974916)

[9.2 Service d’action sociale et solidaire 17](#_Toc207974917)

[9.3 Service de tiers-payant 18](#_Toc207974918)

[9.4 Service de réseaux de soins 19](#_Toc207974919)

[9.5 Service d’assistance et écoute psychologique 20](#_Toc207974920)

[9.6 Service de téléconsultation 21](#_Toc207974921)

[10 Qualité de la gestion 22](#_Toc207974922)

[10.1 Interlocuteur dédié et équipe personnalisée 22](#_Toc207974923)

[10.2 Moyens de gestion 22](#_Toc207974924)

[10.3 Application mobile 24](#_Toc207974925)

[10.4 Délai de traitement des dossiers 25](#_Toc207974926)

[11 Dispositions générales 27](#_Toc207974927)

# Fonctionnement général

## Objet du contrat

Exécution par l’Assureur de garanties d’assurance santé complémentaire pour les travailleurs handicapés accueillies dans un établissement ou un service d'accompagnement par le travail. Ils bénéficient d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'établissement sont au moins aussi favorables que celles mentionnées aux II et III de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale (L. 344-2-10 du code de l'action sociale et des familles).

## Souscripteur

|  |  |
| --- | --- |
| **Acheteur :** | **CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIT** |
| **Statut :** | **Etablissement et service d'accompagnement par le travail (ESAT)** |
| **Siège social :** | 370, avenue Jacques Cœur  86000 POITIERS |
| **Représenté par :** | Xavier ETCHEVERRY en qualité de directeur |
| **SIRET n° :** | 268 600 020 00013 |

## Engagement contractuel

Les engagements d’assurance sont régis par le contrat collectif conclu entre le Souscripteur et l’Assureur, par la législation sur les opérations d’assurance, notamment par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin », et par le code de la commande publique, et comprennent, par ordre d’application préférentielle :

1. Le présent acte d’engagement valant conditions particulières,
2. Le cahier des clauses techniques particulières valant conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l’Assureur.
4. Le CCAG des marchés publics de fournitures courantes et de services.

## Durée de l’engagement

|  |  |
| --- | --- |
| **Date d’effet** | **1er janvier 2026**. |
| **Date d’échéance** | 1er janvier. |
| **Durée** | Un an, avec reconduction tacite à la date d’échéance par période annuelle. |
| **Terme** | **31 décembre 2029**. |
| **Résiliation** | Résiliation en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L113-14 du code des assurances, par :   * Le Souscripteur, sous la réserve de respecter un préavis de 2 mois qui précède la date d’échéance, ou à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d’effet du contrat, par application de l’article L 113-15-2 du code des assurances. * L’Assureur sous la réserve de respecter un préavis de 6 mois qui précède la date d’échéance. |

# Engagement de l’Assureur

## Identification et engagement

Après avoir pris connaissance des pièces constitutives du marché,

**Cas 1 : le candidat unique, désigné ci-après, s’engage :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Candidat unique** | |
| Raison sociale du candidat : |  |
| Nom, prénom du représentant : |  |
| Qualité du représentant : |  |
| Siège social : |  |
| Forme juridique du candidat[[1]](#footnote-2) : |  |
| N° immatriculation SIRET : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |

**Cas 2 : les membres du groupement conjoint, désignés ci-après, s’engagent :**

Le groupement est :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Solidaire |  | Conjoint |

L’acheteur n’impose aucune forme au groupement après attribution. En cas de groupement conjoint, le mandataire est solidaire des autres membres du groupement.

| **1er cotraitant, bénéficiant de la qualité de mandataire** | |
| --- | --- |
| Raison sociale du candidat : |  |
| Nom, prénom du représentant : |  |
| Qualité du représentant : |  |
| Siège social : |  |
| Forme juridique du candidat[[2]](#footnote-3) : |  |
| N° immatriculation SIRET : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2éme cotraitant** | |
| Raison sociale du candidat : |  |
| Nom, prénom du représentant : |  |
| Qualité du représentant : |  |
| Siège social : |  |
| Forme juridique du candidat[[3]](#footnote-4) : |  |
| N° immatriculation SIRET : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3éme cotraitant** | |
| Raison sociale du candidat : |  |
| Nom, prénom du représentant : |  |
| Qualité du représentant : |  |
| Siège social : |  |
| Forme juridique du candidat[[4]](#footnote-5) : |  |
| N° immatriculation SIRET : |  |
| Numéro de téléphone : |  |
| Adresse électronique : |  |

## Répartition des prestations

|  |  |
| --- | --- |
| **Gestion** | **Désignation du candidat**  **(ou membres du groupement)** |
| Portage des risques (selon agrément) : |  |
| Gestion du contrat collectif : |  |
| Enregistrement des adhésions : |  |
| Cotisations (appel et recouvrement) : |  |
| Gestion des prestations d’assurance : |  |
| Pilotage du contrat et compte technique : |  |
| Service de réclamations : |  |

# Actes du droit du travail sources du contrat d’assurance

Les garanties d’assurance délivrées au bénéfice des travailleurs handicapés et autres assurés du présent contrat d’assurance sont la déclinaison des obligations du Souscripteur prévues par :

|  |  |
| --- | --- |
| **Les dispositions du code de la Sécurité sociale** | * Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire (*articles L911-1 à L914-4 du code de la Sécurité sociale*). * Dispositions spécifiques relatives à la protection sociale complémentaire des personnes handicapées *(article L. 344-2-10 du code de l'action sociale et des familles).* |
| **Les actes juridiques nationaux** | * Néant. |
| **Les actes juridiques locaux (entreprise)** | * Décision unilatérale de l’employeur (DUE) du 1er juillet 2024. |

L’Assureur reconnaît avoir pris connaissance des actes du droit du travail précités.

# Adhésion des personnes

## Caractère collectif des adhésions des travailleurs handicapés

**Application collective des garanties.** Les garanties d’assurance proposées par le présent contrat sont identiques pour l’ensemble des personnes handicapées de manière uniforme.

## Caractère obligatoire des adhésions des travailleurs handicapées

**Application générale.** L’ensemble des travailleurs handicapés bénéficient obligatoirement des garanties d’assurance du présent contrat, sans exception ni réserve.

**Faculté de dispense d’adhésion.** Les travailleurs handicapés peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, sur la base des dispositions de l’article D. 243-13-3 du code de l’action sociale et des familles (dispenses d’ordre public). Ces dispenses peuvent être complétées de celles prévues dans l'acte de mise en place des garanties par application de l’article D. 243-13-4 du code de l’action sociale et des familles.

## Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail

**Cas de suspension du contrat de travail pendant les périodes rémunérées ou indemnisées :**

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des Assurés, et de leurs ayants-droits, dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

* *d’un maintien, total ou partiel, de salaire*,
* *d’indemnités journalières complémentaires* financées au moins pour partie par le Souscripteur, qu’elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l’intermédiaire d’un tiers,
* *d’un revenu de remplacement versé par le Souscripteur*. Ce cas concerne notamment les Assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l’activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu’en période de congé rémunéré par le Souscripteur (reclassement, mobilité…).

Le Souscripteur et l’Assuré continuent de s’acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée.

**Cas de suspension du contrat de travail pendant les périodes non rémunérées ou non indemnisées :**

Les Assurés dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d’aucun maintien de salaire, ni perception d’indemnités journalières, peuvent continuer à bénéficier des garanties d’assurance, sous réserve de s’acquitter, pendant toute la durée de la suspension du contrat de travail non rémunérée ou non indemnisée, de l’intégralité de la cotisation due (part patronale et part salariale) définie au tableau des cotisations du présent contrat.

## Maintien des garanties à titre temporaire et gratuit en cas de portabilité

Les dispositions de l’article L911-8 du code de la Sécurité sociale ne sont pas applicables.

## Maintien des garanties à titre viager et onéreux

Par application de **l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques**, dite *« Loi Evin »,* **les garanties du présent contrat sont maintenues à l’identique pour le travailleur handicapé et ses ayants-droits.**

Sont éligibles à ce dispositif :

* Les travailleurs bénéficiaires d’une rente d’incapacité ou d’invalidité, d’une pension de retraite, d’un dispositif de préretraite ou, s’ils sont privés d’emploi, d’un revenu de remplacement, et ce sans condition de durée (article 4-1° de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989), **y compris les anciens personnes déjà assurés par un précédent contrat collectif ou individuel d’assurance à la date d’effet du présent contrat (« stock »).**
* Les ayants-droit du travailleur décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès de ce dernier (article 4-2° de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989).

**Par application de l’article 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990 modifié,** les cotisations applicables sont plafonnées, à compter de la date d'effet de l'adhésion, comme suit :

* Année 1 : les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux personnes actifs,
* Année 2 : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux personnes actifs,
* Année 3 : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux personnes actifs.

1. **Adhésion des ayants-droit des travailleurs handicapés**
   1. **Définition des ayants-droit**

Les ayants-droit sont les personnes définies comme suit :

**Conjoint :**

* La personne légalement mariée non séparée de corps judiciairement au sens des articles 143 et suivants du code civil,
* Ou le partenaire lié à l’Assuré par un pacte civil de solidarité (PACS) conclu au titre des articles L 515-1 et suivants du code civil,
* Ou le concubin de l’Assuré sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal du travailleur handicapé et de son concubin soit identique.

**Enfants à charge :**

* Les *enfants n’ayant pas atteint l'âge de leur majorité* et qui n'exercent pas d'activité professionnelle, à la charge du travailleur handicapé ou de son conjoint en qualité d’ayant droit, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou enfants recueillis,
* Les *enfants âgés de moins de 26 ans* et qui :
  + Sont rattachés fiscalement au travailleur handicapé ou au conjoint de ce dernier,
  + Ou poursuivent leurs études, quel que soit l’établissement d’enseignement,
  + Ou sont en recherche d’emploi et inscrits à Pôle Emploi,
  + Ou suivent une formation, quel que soit le statut et l’établissement d’enseignement de rattachement, avec contrat de travail (alternance),
  + Ou sont employés dans un centre d’aide par le travail en tant que travailleurs handicapés,
* Les *enfants infirmes et titulaires de la carte d’invalidité* (article L 241-3 du code de l’action sociale et des familles), ou bénéficiaires de l’allocation d’éducation pour enfant handicapé (article L 541-1 du code de la Sécurité sociale), ou de l’allocation aux adultes handicapés (article L 821-1 du code de la Sécurité sociale), sous réserve que leur état ait été reconnu avant 21 ans,
* Les *enfants nés dans les 300 jours* postérieurement au décès du travailleur handicapé et dont la filiation avec celui-ci est établie, ou ceux nés par fécondation in vitro, sont considérés comme enfants à charge.

**Ascendants :**

* Personne rattaché fiscalement au travailleur handicapé ou à son conjoint et vivant sous le même toit.

## Adhésion des ayants-droit

**L’adhésion des ayants-droit est :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Obligatoire pour les enfants à charge :** | **Oui** |
| **Obligatoire pour les conjoints :** | **Non** |

**Faculté de dispense d’adhésion obligatoire.** Les ayants-droit des travailleurs handicapés peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. Ces facultés de dispense d’adhésion sont prévues aux articles L911-7-III et D911-2 du code de la Sécurité sociale.

# Garanties proposées

**Intervention de l’Assureur :**

**Les remboursements de l’Assureur indiqués dans ce tableau ci-dessous sont indiqués :**

**~~En complément des remboursements versés par l’Assurance maladie (sauf pour l’équipement optique qui comprennent ceux de l’Assurance maladie),~~**

**Y compris les remboursements versés par l’Assurance maladie.**







# Cotisations

**Le tableau est à compléter par l’Assureur :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Assiette de cotisation** | |
| L’assiette de cotisation est :  Le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).  Le salaire annuel brut du travailleur, dans la limite de la tranche A.  Un montant forfaire. | |
| **Taux de cotisation TTC**  **GARANTIES A ADHESION OBLIGATOIRE** | |
| Taux de cotisation par personne handicapée | **..,..%** |
| Taux de cotisation par enfant | **..,..%** |
| Taux ancienne personne handicapée maintenue  *(Article L911-8 CSS)* | **Gratuit** |
| **Taux de cotisation TTC**  **GARANTIES A ADHESION FACULTATIVE** | |
| Taux de cotisation par conjoint | **..,..%** |
| Taux ancienne personne handicapée maintenue  *(Article L911-8 CSS)* | **Gratuit** |
| **Taux de cotisation TTC**  **GARANTIES A ADHESION FACULTATIVE**  **Article 4 de la loi n°89-1009 modifiée (Loi Evin)** | |
|  | **Base** |
| Taux de cotisation année 1 | **..,..%** |
| Taux de cotisation année 2 | **..,..%** |
| Taux de cotisation année 3 | **..,..%** |
| Taux de cotisation année 4 et s. | **..,..%** |
| Taux de cotisation conjoint | **..,..%** |
| Taux de cotisation enfants à charge | **..,..%** |

# Maîtrise financière

## Compte de résultat prévisionnel

L’Assureur insère ci-après, en reprenant le modèle de fichier inclus dans le dossier de consultation des entreprises (DCE), le prévisionnel correspondant à la période de validité du contrat. Ce résultat doit attester de la maîtrise financière en intégrant, selon les calculs de l’Assureur, les risques de stress ou d’aggravation continue des risques :



## Provisions techniques

L’Assureur présente en **termes clairs et précis** la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées avec la justification de leur caractère prudent. Cette présentation peut être développée par des exemples pédagogiques et en lien avec le prévisionnel proposé :

|  |
| --- |
| **L’Assureur détaille ci-dessous les provisions techniques** |
| **Provisions pour sinistres à payer (PSAP)** |
| A détailler. |

## Informations relatives aux frais de gestion et à l’indemnisation

Les garanties d’assurance complémentaire santé sont éligibles à la participation du Souscripteur à conditions de respecter les critères du *« contrat responsable »[[5]](#footnote-6)*. Parmi ces critères, l’Assureur a obligation de communiquer les informations[[6]](#footnote-7) de deux ratios exprimés en pourcentage : le ratio entre le montant des prestations et le montant des cotisations hors taxes (ratio P/C), et le ratio entre le montant des frais de gestion et le montant des cotisations hors (ratio F/C).

|  |  |
| --- | --- |
| **Ratio P/C : ratio (%) prestations sur cotisations hors taxes** | |
| Le **ratio entre le montant des prestations** versées pour le remboursement et l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l’organisme assureur au titre de l’ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l’indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.  L’Assureur doit communiquer ce ratio correspondant à l’ensemble de son portefeuille d’affaires directes, brutes de réassurance. | |
| **Année de l’exercice comptable des ratios :** | **….** |
| **Ratio de l’ensemble du portefeuille :** | **..,..%** |
| **Ratio du portefeuille de contrats collectifs :** | **..,..%** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ratio F/C : ratio (%) frais de gestion sur cotisations hors taxes** | |
| Le **ratio entre le montant total des** **frais de gestion** au titre du remboursement et de l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et **le montant des cotisations** ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l’organisme assureur au titre de l’ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l’indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.  Ces **frais de gestion recouvrent l’ensemble des sommes engagées** **pour concevoir les contrats, les commercialiser** (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), **les** souscrire (dont l’encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) **et les gérer** (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l’information client, l’assistance, les services, les prestations complémentaires), **c’est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l’organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.**  **Le ratio indiqué ci-dessous est celui applicable pendant toute la durée du contrat, et doit être mentionné obligatoirement dans le rapport annuel sur les comptes du contrat prévu à l’article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.** | |
| **Ratio contractuel :** | **..,..%** |

## Evolution des cotisations

**Aggravation de la sinistralité :**

L’évolution exceptionnelle des cotisations est possible en cas **d’aggravation de la sinistralité**. Lorsque l’Assureur souhaite modifier les cotisations pour ce motif, il adresse sa demande au Souscripteur six mois au moins avant la date d’échéance, accompagnée du rapport prévu à l’article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 sur la base de deux années consécutives, et d’une étude documentée justifiant de modifier les taux de cotisations pour préserver l’équilibre du contrat. L’Employeur dispose d’un délai de deux mois, à compter de la réception des documents, pour se prononcer.

**La majoration des taux de cotisation est encadrée de la manière suivante :**

|  |  |
| --- | --- |
| **TABLEAU DE MAJORATION DES COTISATIONS**  **A compléter par l’Assureur** | |
| **Seuil de déclenchement de l’augmentation tarifaire** | **Taux d’augmentation maximum de la cotisation** |
| **P/C < 100 %** | **0 %** |
| P/C < 110 % | ..,.. % |
| P/C < 120 % | ..,.. % |
| P/C < 130 % | ..,.. % |
| **P/C > 130 %** | **10 %** |
| **Les taux de cotisation sont maintenus au cours des 2 premières années** | |

**Modifications de la réglementation :**

Par application de l’article L 112-3 du code des assurances, la modification des garanties proposée par l'Assureur visant à les mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur. **L'Assureur informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix**. Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Assurés par le Souscripteur.

**Cadre à respecter :**

**Lorsque l’Assureur souhaite modifier les cotisations à la date d’échéance de l’année suivante en cas d’aggravation de la sinistralité, de la variation du nombre d’agents adhérents ou encore des évolutions démographiques,** il adresse sa demande au Souscripteur **180 jours** **au plus tard à compter de la date d’échéance**. Cette demande doit être accompagnée d’une étude documentée justifiant qu’au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l’équilibre du contrat d’assurance. L’Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu’il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

* En cas d’acceptation des modifications tarifaires proposées par l’Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l’objet d’un avenant aux conditions particulières,
* En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l’Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l’échéance.

## Pilotage du contrat

**Rapport annuel. Par application de l’article 15 de la loi modifiée n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l’Assureur communique, au plus tard le 30 juin de chaque année :**

1. **Le rapport annuel relatif au compte du contrat avec :**
   * Le compte de résultat par *exercice comptable* qui comprend les données indiquées à l'article 3 du décret n°90-769 du 30 août 1990 modifié, c’est à dire :
     + La présentation en termes clairs et précis de la méthodologie et des bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'Assureur avec la justification de leur caractère prudent,
     + Le montant des cotisations brutes de réassurance,
     + Le montant des prestations payées, brutes de réassurance,
     + Le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l’exercice considéré,
     + La quote-part des produits financiers nets, des commissions, des autres charges, des participations aux résultats et du résultat de la réassurance,
     + Le nombre de personnes garantis.
   * Les informations prévues à l’article 3 de l’arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.
2. **L’annexe au rapport annuel qui contient les informations suivantes :**
   * La distribution démographique de la population assurée,
   * Un compte de résultat par populations protégées, à savoir celui relatif aux personnes actifs (avec leurs ayants-droit), et celui portant sur les bénéficiaires de l’article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,
   * Les données par principales prestations : nombre d’acte, montants des remboursements de l’Assurance maladie et de l’Assureur, restes à charge (RAC),
   * Les montants de prestations versées dans le cadre des réseaux de soins pour les postes optique et dentaire, et au titre du dispositif 100% Santé (optique, dentaire, audioprothèse).

**Pénalités de retard.** En cas de défaut de communication du rapport annuel et de son annexe au 30 juin de l’année au plus tard, le Souscripteur appliquera une **pénalité par jour calendaire de retard de 100€.**

# Qualité des garanties

## Réserves

**En cas de réserves de l’Assureur à l’acte d’engagement valant conditions particulières et aux conventions spéciales, celles-ci doivent faire l’objet d’une énumération précise et exhaustive, et doivent être obligatoirement numérotées. Les réserves ne peuvent être substantielles et de nature à remettre en question les garanties prévues au présent acte d’engagement et aux conventions spéciales, et sont limitées à 5.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Numéro de la réserve** | **Articles des conventions spéciales** | **Réserves** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

## Service d’action sociale et solidaire

L’Assureur détaillera les moyens proposés aux bénéficiaires en difficulté financière passagère :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations à financer** | **Service proposé** | **Nombre de dossiers financés** | **Montant global versé** | **Montant moyen par dossier** |
| **Aménagement du domicile** | * Oui * Non | … | … € | … € |
| **Fauteuil roulant** | * Oui * Non | … | … € | … € |
| **Situation de catastrophes naturelles** | * Oui * Non | … | … € | … € |
| **Situation d’urgence sanitaire** | * Oui * Non | … | … € | … € |
| **Prothèses dentaires** | * Oui * Non | … | … € | … € |
| **…** |  | … | … € | … € |
| **…** |  | … | … € | … € |
| **…** |  | … | … € | … € |
| **…** |  | … | … € | … € |
| **…** |  | … | … € | … € |
| **TOTAL** | | … | … € | … € |

## Service de tiers-payant

L’Assureur met à la disposition des Assurés un service de **tiers-payant** :

| **Tableau de l’étendue du réseau de tiers-payant**  **A COMPLETER PAR L’ASSUREUR** | |
| --- | --- |
|  | **Nombre de professionnels de santé**  **du département** |
| Centres de santé | **…** |
| Chirurgiens-dentistes | **…** |
| Etablissements de soins (hôpitaux, cliniques…) | **…** |
| Infirmiers | **…** |
| Laboratoires | **…** |
| Masseurs-kinésithérapeutes | **…** |
| Médecins généralistes | **…** |
| Médecins spécialistes | **…** |
| Opticiens | **…** |
| Orthophonistes | **…** |
| Orthoptistes | **…** |
| Pédicures | **…** |
| Pharmaciens | **…** |
| Sages-femmes | **…** |
| Transports sanitaires | **…** |
| **Total :** | **…** |

|  |  |
| --- | --- |
| **L’Assureur renseigne les caractéristiques du gestionnaire (concentrateur) du réseau de tiers-payant :** | |
| Date de contractualisation avec cette société : | **…** |
| Raison sociale du concentrateur : | **…** |
| SIRET n° : | **…** |
| Adresse du siège social : | **…** |
| Actionnaires : | **…** |
| Chiffres d’affaires : |  |
| 2023 : | **…** |
| 2022 : | **…** |
| 2021 : | **…** |

## Service de réseaux de soins

L’Assureur met à la disposition des Assurés des **réseaux de soins** :

| **Tableau de l’étendue du service de réseaux de soins**  **A COMPLETER PAR L’ASSUREUR** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Réseau** | **Type de réseau** | **Si oui, raison sociale du réseau** | **Nombre de professionnels de santé du département** |
| Centres de santé | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Opticiens | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Audioprothésistes | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Chirurgiens-dentistes | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Centres dentaires | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Ostéopathe | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Pédicures & podologues | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Diététiciens | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Chiropracteurs | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| Psychologues | Oui  Non | Ouvert  Fermé | **…** | **…** |
| **Total :** | | | | **…** |
| **Légende :**  Réseau ouvert : les professionnels de santé peuvent adhérer librement et s’engagent à respecter les critères économiques etqualitatifs du réseau de soins concerné.  Réseau fermé : les professionnels de santé sont agréés par la société gestionnaire du réseau de soins, et s’engagent à respecter les critères économiques et qualitatifs du réseau de soins concerné. | | | | |

Les Assurés bénéficient de la liberté de choix des professionnels de santé, l’Assureur ne pouvant imposer un réseau particulier, et ce sans incidence sur les délais ou montants de remboursements.

|  |  |
| --- | --- |
| **L’Assureur renseigne les caractéristiques du gestionnaire (ou des gestionnaires) du réseau de soins :** | |
| **Raison sociale du gestionnaire n°1** | **…** |
| Date de contractualisation avec cette société : | **…** |
| SIRET n° : | **…** |
| Adresse du siège social : | **…** |
| Actionnaires : | **…** |
| Chiffres d’affaires : |  |
| 2023 : | **…** |
| 2022 : | **…** |
| 2021 : | **…** |
| **Raison sociale du gestionnaire n°2** | **…** |
| Date de contractualisation avec cette société : | **…** |
| SIRET n° : | **…** |
| Adresse du siège social : | **…** |
| Actionnaires : | **…** |
| Chiffres d’affaires : |  |
| 2023 : | **…** |
| 2022 : | **…** |
| 2021 : | **…** |

## Service d’assistance et écoute psychologique

**Assistance :**

L’objectif est de permettre à l’Assuré et à ses ayants-droit de bénéficier d’une aide matérielle sous la forme d’un service d’assistance.

L’Assureur propose une garantie d’assistance composée de plusieurs services (base contractuelle : notice d’information assistance), et met en valeur les **deux services** ci-après :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Evénement déclencheur** | **Franchise (indiquer 0 si absence de franchise)** | **Nombre d’heures limite** |
| **Aide-ménagère** | … | … | … |
| **Aide aux enfants** (accompagnement, devoirs) | … | … | … |
| **Commentaire :**  **…** | | | |

L’Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Les contacts** | **Nom – prénom** | **Société** | **Téléphone** |
| Pour se renseigner : | … | … | … |
| Pour activer le service : | … | … | … |

**Ecoute psychologique :**

L’objectif est de permettre à l’Assuré et à ses ayants-droit de bénéficier d’une assistance psychologique sous la forme d’un service de mise en relation et de suivi.

L’Assureur propose une prestation d’accompagnement selon les besoins ci-après à préciser :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Service proposé** | **Si oui, nombre de séances par assuré et par année** | **Estimation du nombre moyen d’utilisateurs / année** |
| **Séance téléphonique ou en visioconférence** | ☐OUI  ☐NON | … | … |
| **Séance en présentiel** | ☐OUI  ☐NON | … | … |

L’Assureur renseigne les contacts de ce service ci-dessous :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Les contacts** | **Nom – prénom** | **Société** | **Téléphone** |
| Pour se renseigner : | … | … | … |
| Pour activer le service : | … | … | … |

## Service de téléconsultation

L’Assureur propose un service **de téléconsultation** pour les Assurés et leurs ayants-droit :

L’Assureur décrit le service

# Qualité de la gestion

## Interlocuteur dédié et équipe personnalisée

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EQUIPE DEDIEE (à compléter)** | | | | | |
|  | **Responsable (nom, prénom, qualité, n° de téléphone)** | **Entité[[7]](#footnote-8)** | **Localisation des ressources (ville)** | **Equipe (nombre de personnes)** | **Niveau de qualification moyen de l’équipe** |
| **Responsable** |  |  |  |  |  |
| **Gestion du contrat collectif** |  |  |  |  |  |
| **Gestion des adhésions** |  |  |  |  |  |
| **Gestion des cotisations (appels et recouvrement)** |  |  |  |  |  |
| **Gestion des prestations** |  |  |  |  |  |
| **Service de gestion de réclamations** |  |  |  |  |  |
| **Service de médiation** |  |  |  |  |  |

## Moyens de gestion

**Contacts :**

L’Assureur précise de manière synthétique, de préférence sous la forme d’un schéma, les moyens de contact déployés pour les services RH du Souscripteur (téléphone, extranet, application mobile…) :

A COMPLETER PAR L’ASSUREUR

**Adhésions :**

L’Assureur précise de manière synthétique les modalités d’adhésions des personnes :

A COMPLETER PAR L’ASSUREUR

**Cotisations :**

**Garanties à adhésion obligatoire :**

Les modalités de paiement des cotisations sont proposées par l’Assureur comme suit :

| **Mode de paiement** | **Réponse Assureur** |
| --- | --- |
| **Télépaiement** des cotisations précomptées au moyen du service DSN | Oui  Non |
| **Virement** après validation des montants de cotisation | Oui  ☐Non |
| **Prélèvement** après validation des montants de cotisation | Oui  ☐Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Coordonnées bancaires de l’Assureur** | | | |
| Agence de domiciliation | | | |
| … | | | |
| Code banque | Code agence | Numéro de compte | Clé RIB |
| … | … | … | … |
| IBAN : | … | | |
| BIC : | … | | |

*Le paiement s'effectuera suivant les règles de la comptabilité publique et la réglementation en vigueur avec un délai maximum de 30 jours. Le dépassement de ce délai ouvre de plein droit et sans autre formalité, pour le titulaire du marché, le bénéfice d'intérêts moratoires, à compter du jour suivant l'expiration du délai. Le taux des intérêts moratoires sera celui de l’intérêt légal en vigueur à la date à laquelle les intérêts moratoires auront commencé à courir, augmenté de huit points.*

**Garanties à adhésion facultative (cas des options si elles existent) :**

Pour les cotisations des garanties à adhésion facultative, et les bénéficiaires de l’article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée dite « Loi Evin », l’Assuré verse **mensuellement, à terme à échoir**, les cotisations dues sous forme de prélèvement en procédure SEPA.

**Extranet :**

**L’Assureur met à la disposition de l’Employeur un extranet complet pour le suivi des adhésions et des cotisations :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réponse :** | Oui | Non |

**Les fonctionnalités de l’extranet sont :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctionnalités (5)** | **Réponses Assureur** | |
| 1. Consulter l’état des adhésions et éditer / extraire une liste | Oui | Non |
| 1. Consulter l’état des cotisations et éditer / extraire une liste | Oui | Non |
| 1. Consulter le rapport annuel sur les comptes du contrat | Oui | Non |
| 1. Consulter l’état trimestriel des remboursements par grands postes | Oui | Non |

L’Assureur joint en annexe le **manuel de gestion de l’extranet**, met en place une **session de formation à l’extranet** et met à la disposition une **assistance téléphonique** à l’extranet :

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de téléphone dédié :** | A compléter |

**Documentation :**

L’Assureur met à la disposition du Souscripteur un extranet de gestion avec accès par version aux documents suivants :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documents en ligne** | **Réponses Assureur** | |
| 1. Acte d’engagement : | Oui | Non |
| 1. Conventions spéciales : | Oui | Non |
| 1. Conditions générales : | Oui | Non |
| 1. Avenants au contrat collectif d’assurance : | Oui | Non |
| 1. Guide de gestion : | Oui | Non |
| 1. Notice d’information : | Oui | Non |
| 1. Plaquette à destination des Assurés : | Oui | Non |

**Remarque : l’Assureur rédige la notice d’information du contrat d’assurance en respectant scrupuleusement les dispositions des présentes conditions particulières et des conventions spéciales, qu’il adresse au Souscripteur pour validation préalable avant diffusion auprès des Assurés.**

## Application mobile

**L’Assureur met à la disposition des Assurés une application mobile avec les fonctionnalités suivantes à minima :**

| **Fonctionnalités (15)** | **Réponse Assureur** | |
| --- | --- | --- |
| **Mise à disposition de l’application** |  | |
| 1. L’application mobile est-elle disponible à la date d’effet du contrat pour les personnes | Oui | Non |
| **Fonctionnalités de l’application** |  |  |
| **Documents :** |  |  |
| 1. La notice d’information du contrat est-elle accessible ? | Oui | Non |
| 1. La carte de tiers-payant est-elle accessible ? | Oui | Non |
| 1. La carte de tiers-payant est-elle proposée sous format dématérialisée avec mise à jour en automatique ? | Oui | Non |
| **Gestion :** |  |  |
| 1. Les coordonnées du service de gestion sont-ils proposés ? | Oui | Non |
| 1. Les coordonnées de l’assuré (nom, prénom, adresse, RIB) peuvent-elles être modifiées sur l’application ? | Oui | Non |
| 1. L’assuré peut-il enregistrer dans l’application les coordonnées (nom, prénom, adresse, RIB) de ses ayants-droit | Oui | Non |
| 1. L’assuré peut-il visualiser et éditer les relevés de prestations ? | Oui | Non |
| 1. L’assuré peut-il déclarer sur l’application la dispense d’adhésion de son conjoint et de ses enfants ? | Oui | Non |
| 1. L’assuré peut-il saisir directement via l’application le service de réclamation qui est obligatoirement proposé ? | Oui | Non |
| **Prestations :** |  |  |
| 1. Les devis (optique, dentaire, auditif) pris en photographies, ou en autres formats, par l’assuré peuvent-ils être étudiés par un service d’analyse ? | Oui | Non |
| 1. Les factures prises en photographies, ou en autres format, par l’assuré peuvent-elles être déposées sur le compte de l’assuré pour traitement ? | Oui | Non |
| 1. Les demandes de prises en charge hospitalière peuvent-elles être réalisées sur l’application ? | Oui | Non |
| **Professionnels de santé :** |  |  |
| 1. Existe-t-il un service de géolocalisation des professionnels de santé ? | Oui | Non |
| 1. Existe-t-il un service de géolocalisation des professionnels de santé conventionnés par le concentrateur de l’assureur pour accepter le tiers-payant ? | Oui | Non |

L’Assureur joint en annexe une **présentation de l’application mobile** qui sera remise aux Bénéficiaires**.**

## Délai de traitement des dossiers

**L’Assureur complète le tableau ci-dessus relatif aux délais contractuels :**

| **Délais contractuels de traitement des dossiers** | |
| --- | --- |
| Délai d’attente téléphonique pour un appel entrant : | … secondes |
| Taux de prise des appels téléphoniques entrants : | … % |
| Délai de réponse à un courriel d’un Assuré : | … jours |
| Délai de réponse à un courrierd’un Assuré : | … jours |
| Délai de paiement d’une facture : | … jours |
| Délai d’envoi de la carte de tiers-paiement à compter de l’enregistrement de l’adhésion de l’Assuré : | … jours |
| Délai de paiement d’un flux de l’Assurance Maladie (NOEMIE) : | … jours |
| Délai de réponse à une réclamation d’un Assuré : | … jours |
|  | |
| **Pour le délai contractuel de paiement des actes :**  L’Assureur met en place un état de suivi pour connaître la moyenne des délais de paiement pour l’ensemble des dossiers, avec délais par principaux actes.  Cet état est communiqué au Souscripteur sous format électronique à la fin de chaque trimestre.  Des pénalités sont appliquées en cas de dépassement du délai contractuel global calculé chaque trimestre par acte. Ces pénalités, applicables par trimestre et calculé globalement pour l’ensemble des actes, s’élèvent à :   * 500€ en cas de dépassement compris entre 5 et 10 jours * 1 000 € en cas de dépassement compris entre 11 et 20 jours, * 2 000 € en cas de dépassement compris entre 21 et 30 jours, * 5 000 € en cas de dépassement égal ou supérieur à 31 jours.   **Ces pénalités sont à verser au Souscripteur.** | |

# Dispositions générales

**Signature de l’offre par le candidat[[8]](#footnote-9) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom et qualité du signataire[[9]](#footnote-10)** | **Lieu et date de signature** | **Signature** |
|  |  |  |

**Identification de l’Acheteur :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation :** |  |
| **Siège social :** |  |
| **Nom, prénom, qualité du signataire :** |  |
| **Désignation, adresse, numéro de téléphone du comptable assignataire :** |  |
| **Imputation budgétaire :** |  |

**LE REPRESENTAnT DE L’ACHETEUR**

*Le représentant :*

*Le :*

*Signature :*

1. Entreprise d’assurance soumis au code des assurances, ou mutuelle (ou union de mutuelles) soumise au livre II du code de la mutualité ou institution de prévoyance soumise au le code de la sécurité sociale ou intermédiaire en assurance soumis au code des assurances. [↑](#footnote-ref-2)
2. Id. [↑](#footnote-ref-3)
3. Id. [↑](#footnote-ref-4)
4. Id. [↑](#footnote-ref-5)
5. Articles L. 871-1 et R. 871-1 et 2 du Code de la Sécurité sociale. [↑](#footnote-ref-6)
6. Article 3 de l’arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l’indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. [↑](#footnote-ref-7)
7. Pour l’entité, le candidat devra indiquer, selon le mode de réponse et d’organisation, soit la raison sociale de **l’organisme d’assurance** en cas de gestion de sa part ; soit la raison sociale de **l’intermédiaire en assurance**, en cas de délégation de gestion par l’organisme d’assurance. [↑](#footnote-ref-8)
8. En cas de groupement, la signature du mandataire engage tous les membres du groupement. [↑](#footnote-ref-9)
9. Le signataire doit disposer du pouvoir d’engager la personne qu’il représente. [↑](#footnote-ref-10)