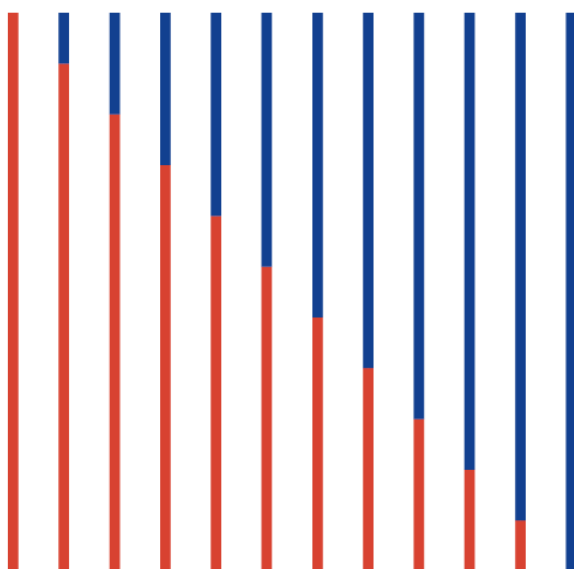




ACCORD CADRE 2026_007

LOT 2 : PRESTATIONS DE PROECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE - FRAIS DE SANTE

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES (CCTP)

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
IDENTIFICATION DU POUVOIR ADJUDICATEUR	4
OBJET	4
LEXIQUE	4
PRESENTATION DU DISPOSITIF CIBLE	4
1 Bénéficiaires	4
2 Conditions d'admission	5
2.1 Cas général.....	5
2.2 Dispenses d'affiliation	5
3 Durée des garanties	5
3.1 Prise d'effet des garanties.....	5
3.2 Formalités d'adhésion	5
3.3 Cessation des garanties.....	6
3.4 Résiliation du dispositif optionnel à l'initiative des adhérents	6
4 Descriptif des garanties.....	6
5 Maintien des garanties.....	6
5.1 En cas de suspension du contrat de travail indemnisé.....	6
5.2 En cas de suspension du contrat de travail non indemnisé pour maladie, maternité, paternité, invalidité et accident.....	7
5.3 En cas de suspension du contrat de travail non indemnisé hors maladie, maternité, paternité, invalidité et accident.....	7
6 Affiliation des collaborateurs	8
6.1 Process d'affiliation	8
7 Affiliations à la mise en place du dispositif	8
8 Affiliations au fil de l'eau.....	8
9 Radiation ou suspension d'une adhésion	8
GOVERNANCE ET INSTANCES DE PILOTAGE	9
10 Phase de déploiement	9
ELEMENTS FINANCIERS	9
11 Tarification du régime de base (solution de base et variantes)	9
12 Tarification de la surcomplémentaire	10
13 Tarification du régime optionnel.....	10
14 Niveau des frais de chargements	11
15 Politique d'indexation	11
ELEMENTS TECHNIQUES	12
16 Reporting technique	12
17 Pièces contractuelles du dispositif frais de santé	12
QUALITE DE GESTION ET DE SERVICES	13
18 Equipe dédiée	13
19 Accompagnement du déploiement.....	13

20	Plateforme téléphonique et moyens de contact avec le gestionnaire	14
21	Parcours d'adhésion de l'assuré	14
22	Gestion des cotisations	14
23	Qualité des interfaces à disposition des assurés.....	14
24	Qualité des interfaces à disposition des RH	15
25	Réseau de soins et tiers payant.....	15
26	Services mis à disposition des assurés	15
27	Engagement de qualité de gestion.....	15
28	Reporting de gestion	15
ELEMENTS DE PREVENTION ET D'ACTION SOCIALE.....		16
29	Actions de prévention	16
30	Action sociale	16
ELEMENTS DE RSE		16

IDENTIFICATION DU POUVOIR ADJUDICATEUR

La présente consultation est lancée par :

L'AUTORITE DES MARCHES FINANCIERS (AMF)
Siret : 110 000 239 00019
17, place de la Bourse
75082 PARIS Cedex 02

représentée par sa Présidente Madame Marie-Anne BARBAT-LAYANI, et par ses délégataires dûment désignés.

OBJET

L'AMF souhaite revoir ses régimes frais de santé à destination de l'ensemble de son personnel, qui prendront fin le 31 décembre 2026.

A cet effet, il est prévu un dispositif composé d'un **régime de base responsable à adhésion obligatoire**, d'une **surcomplémentaire non responsable à adhésion obligatoire** et d'une **option responsable à adhésion facultative**.

LEXIQUE

Le présent lexique précise la signification des principaux termes :

- Souscripteur : Personne physique ou morale qui conclut le contrat avec l'assureur, ici l'AMF
- Adhérent : Collaborateur de l'AMF qui adhère au contrat
- Assuré : Personne couverte par la garantie (le collaborateur et ses ayants droit)
- Bénéficiaire : Personne qui reçoit la prestation versée par l'assureur en cas de réalisation du risque

PRESENTATION DU DISPOSITIF CIBLE

1 BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires sont les collaborateurs de l'AMF et les ayants droits désignés dans l'acte juridique mettant en place ce régime.

Personnes à charge :

Le conjoint non séparé, le concubin, la personne liée par un PACS.

L'enfant à charge fiscale, ou remplissant l'une des conditions suivantes :

- Être âgé de moins de 20 ans ;
- Être âgé de moins de 28 ans ;
 - poursuivre des études secondaires ou supérieures,
 - sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
 - à la recherche d'un premier emploi (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeur d'emploi),
- bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant.

Sous réserve des conditions exposées ci-dessus et qu'il ait droit aux prestations en nature du régime général de la Sécurité sociale ou d'un autre régime, est considéré comme bénéficiaire :

- l'enfant pour lequel l'assuré est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice,
- l'enfant du conjoint (ou concubin) à charge fiscale et s'il exerce l'autorité parentale sur l'enfant.

2 CONDITIONS D'ADMISSION

2.1 CAS GENERAL

L'adhésion aux garanties n'est soumise à aucune condition d'âge ni d'état de santé (pas de questionnaire de santé).

Le participant peut affilier facultativement ses ayants droit aux garanties.

Les garanties prennent effet immédiatement.

2.2 DISPENSES D'AFFILIATION

Les bénéficiaires actifs adhèrent obligatoirement au régime collectif. Peuvent toutefois se dispenser de cette adhésion obligatoire, sur demande et en fournissant les justificatifs correspondants :

- Les conjoints d'un collaborateur de l'AMF, en fonction de la structure de cotisation finalement retenue,
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire prévue à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture,
- Les agents couverts par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident à la date d'entrée en vigueur des premiers contrats collectifs conclus par leur employeur public de l'Etat ou de la prise de fonctions si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel dans la limite de douze mois,
- Les agents bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle,
- Les agents bénéficiaires, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de l'un des dispositifs suivants,
 - a) Dispositifs de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place selon l'une des modalités prévues par l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Dispositif de couverture individuelle dit versement santé prévu au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale

Ces cas de dispenses pourront être complétés en fonction de l'évolution de la réglementation.

3 DUREE DES GARANTIES

3.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties santé prennent effet au **1^{er} janvier 2027**.

3.2 FORMALITES D'ADHESION

Le collaborateur, lors de la complétion de son bulletin d'adhésion, indique le cas échéant s'il souhaite adhérer à l'option responsable.

Le collaborateur peut y adhérer à chaque premier janvier de chaque année.

L'adhésion du collaborateur à l'option responsable entraîne l'adhésion systématique de ses ayants-droits.

3.3 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date à laquelle les collaborateurs ne font plus partie des effectifs de l'AMF.

3.4 RESILIATION DU DISPOSITIF OPTIONNEL A L'INITIATIVE DES ADHERENTS

Au cours de la première année de souscription du dispositif optionnel, les collaborateurs (et leurs ayants-droits) bénéficiaires de l'option responsable pourront résilier leur adhésion en respectant un délai de prévenance de deux mois minimum pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante.

Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, la résiliation à l'initiative de l'adhérent peut également être effectuée à tout moment. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que le Titulaire en ait reçu notification.

L'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert. Le Titulaire s'engage alors à rembourser tout éventuel solde restant dû à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Si l'adhérent souhaite procéder à la résiliation infra-annuelle du présent contrat en vue de contracter avec un autre organisme un nouveau contrat collectif obligatoire, il en transmet la demande à ce dernier sur support papier ou tout autre support durable. Dans ce cas, le nouvel organisme notifie auprès du Titulaire la résiliation du contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique.

En cas de résiliation infra-annuelle émanant directement de l'adhérent, celle-ci peut être notifiée selon les mêmes supports que ceux prévus pour la résiliation annuelle à l'initiative de l'adhérent.

La résiliation de l'option responsable n'aura pas d'effet sur le bénéfice de la couverture du régime de base ni celui de la surcomplémentaire obligatoire.

4 DESCRIPTIF DES GARANTIES

Les prestations sont précisées dans le fichier Excel intitulé « Annexes au CCTP - AMF – lot 2.xlsx » à l'onglet « 4 – TDG Santé garanties cibles ».

Les montants des remboursements correspondants sont exprimés, selon les garanties, y compris les prestations de la Sécurité sociale, et dans la limite des frais réels :

- soit d'un pourcentage de la **base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : tarif à partir duquel la Sécurité sociale établit son remboursement,
- soit d'un pourcentage du **plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)** dont le plafond retenu est celui en vigueur au moment de la réalisation de la prestation ou de l'évènement considéré,
- soit d'un pourcentage du **prix limite de vente (PLV)** ou des **honoraires limites de facturation (HLF)** : prix maximum de vente au public imposé au professionnel de santé dans le cadre du dispositif 100% santé par arrêté ou avis relatif à la tarification des produits et prestations visés à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale,
- soit d'un montant exprimé en **euros**,
- soit des **frais réels engagés**.

5 MAINTIEN DES GARANTIES

5.1 EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL INDEMNISE

Les garanties, sous réserve du **paiement des cotisations** par le Souscripteur (**part salariale précomptée et patronale**) sont **maintenues de plein droit** au participant dont la suspension du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation prenant la forme :

- d'un maintien de salaire total ou partiel de sa rémunération par le Souscripteur,
- ou d'un d'indemnités journalières complémentaires directement par le Souscripteur ou pour son compte par un organisme assureur dès lors qu'elles sont financées en tout ou partie par le Souscripteur,
- ou d'un revenu de remplacement versé par le Souscripteur, notamment en cas d'activité partielle, y compris de longue durée, ou de période de congé rémunéré par celui-ci (reclassement, mobilité...).

Le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant,
- à la date à laquelle le collaborateur cesse de bénéficier de l'indemnisation,
- à la date de liquidation de la retraite Sécurité sociale pour le titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse pour inaptitude au travail pour le titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de résiliation du contrat.

5.2 EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISE POUR MALADIE, MATERNITE, PATERNITE, INVALIDITE ET ACCIDENT

Les garanties, sous réserve du **paiement des cotisations** par le Souscripteur (**part salariale précomptée et patronale**), sont **maintenues** en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation pour maladie, maternité, paternité, invalidité et accident, pendant la durée du versement par la Sécurité sociale des indemnités journalières, des pensions d'invalidité ou des rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à un taux d'incapacité égal ou supérieur à 33 %.

Le maintien prend fin :

- à la date de reprise d'une activité totale de service par le participant,
- à la date à laquelle le participant cesse de bénéficier du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale, de sa pension d'invalidité ou de sa rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale,
- à la date d'effet de résiliation du contrat.

5.3 EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL NON INDEMNISE HORS MALADIE, MATERNITE, PATERNITE, INVALIDITE ET ACCIDENT

Ce maintien est accordé, sous réserve du paiement par le participant de l'**intégralité des cotisations**, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les participants en activité.

Les congés concernés sont les congés sans solde notamment le congé sabbatique, le congé de présence parentale, le congé de solidarité familiale et le congé de soutien familial, à l'exception du congé parental d'éducation.

La demande de maintien doit être adressée dans le mois qui suit la date de suspension du contrat de travail du participant.

Les garanties sont maintenues pendant une durée **maximum de 12 mois** à compter de la date de suspension du contrat de travail.

Remarque :

Pour le congé parental d'éducation, la durée maximum est portée à 36 mois (ou jusqu'au 6ème anniversaire de l'enfant si ce dernier est en situation de handicap).

En tout état de cause, le maintien des garanties cesse automatiquement :

- à l'issue de ladite période maximale (cas général de 12 mois) de maintien,
- à l'issue de la durée du congé suspensif et non indemnisé du participant,
- à la date de reprise d'activité professionnelle même partielle,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat,
- à la date de radiation du participant des effectifs du Souscripteur ou celle à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel assurée.

6 AFFILIATION DES COLLABORATEURS

6.1 PROCESS D’AFFILIATION

Les bénéficiaires doivent être couverts dès le **1er janvier 2027**. Or, les premières informations étant transmises via la DSN et pour la paye de janvier 2027, une étape de pré-affiliation est nécessaire.

Pour les nouveaux collaborateurs arrivant après le **1er janvier 2027**, la couverture devra courir dès le premier jour d'affectation. Il sera également nécessaire de passer par une étape de pré-affiliation.

En cas de transmission tardive des informations de pré-affiliation, le Titulaire assure la couverture du collaborateur dès son premier jour d'affectation, y compris si la demande de pré-affiliation est transmise après cette date.

La prise en charge doit alors être rétroactive à la date d'affectation effective de l'adhérent.

La pré-affiliation est gérée par l'AMF, qui transmet au Titulaire les données nécessaires de manière sécurisée. Le Titulaire doit accuser réception de ces informations.

Le Titulaire signale à l'AMF toute anomalie de transmission, notamment les adresses électroniques en erreur, en les classant selon la nature du dysfonctionnement (absence d'adresse, adresse erronée, adresse inexistante, etc.).

7 AFFILIATIONS A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

L'AMF transmet un fichier d'affiliation en masse permettant au Titulaire de réaliser l'affiliation des collaborateurs au dispositif santé.

Ces éléments permettent de paramétrer les éléments de précompte en paye.

8 AFFILIATIONS AU FIL DE L’EAU

L'AMF pré-affilie les collaborateurs nouvellement arrivés sur les interfaces du Titulaire, lui permettant de finaliser les opérations relatives à l'affiliation des nouveaux collaborateurs.

9 RADIATION OU SUSPENSION D’UNE ADHESION

L'AMF renseigne les différentes situations (radiation, suspension des adhésions) sur les interfaces RH du Titulaire.

GOUVERNANCE ET INSTANCES DE PILOTAGE

10 PHASE DE DEPLOIEMENT

Une réunion de lancement est organisée dans un délai maximum de 15 jours calendaires à compter de la notification du marché.

Sont présent à cette réunion de lancement :

- Les représentants de l'AMF,
- Les représentants qualifiés du titulaire et notamment le chef de projet désigné,
- L'AMO qui accompagne l'AMF sur la passation de ce marché.

Cette réunion a pour objet de :

- Rappeler les objectifs du marché, le périmètre, les enjeux du projet,
- Valider le calendrier prévisionnel de déploiement et le plan de communication,
- Définir les interlocuteurs référents de part et d'autre,
- Arrêter les modalités de suivi et de reporting liées à la phase de déploiement.

ELEMENTS FINANCIERS

Le prix du marché comprend deux composantes : la tarification, correspondant au coût technique du risque couvert (décliné par régime de base, surcomplémentaire et optionnel), et les frais de chargement, regroupant les coûts de gestion, d'acquisition et la marge de l'assureur.

11 TARIFICATION DU REGIME DE BASE (SOLUTION DE BASE ET VARIANTES)

Le tarif proposé au titre régime de base est détaillé dans le BPU.

Les taux sont exprimés en fonction du **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** en vigueur.

A la date du lancement de la consultation l'AMF envisage trois structures de cotisations différentes.

Solution de base (correspondant à la structure en vigueur) :

- Uniforme Famille

Variante n°1 :

- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Variante n°2 :

- Isolé
- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Le stock de retraités au 31 décembre 2026 peuvent adhérer, s'ils le souhaitent, au présent dispositif, dans les mêmes conditions que les nouveaux retraités à compter du 1^{er} janvier 2027, en application de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

12 TARIFICATION DE LA SURCOMPLEMENTAIRE

Les tarifs proposés au titre de la surcomplémentaire non responsable sont détaillés dans le BPU.

Remarque :

Les taux sont à renseigner en différentiel du régime de base responsable.

Les taux sont exprimés en fonction du **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** en vigueur.

A la date du lancement de la consultation l'AMF envisage trois structures de cotisations différentes.

Solution de base (correspondant à la structure en vigueur) :

- Uniforme Famille

Variante n°1 :

- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Variante n°2 :

- Isolé
- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Le stock de retraités au 31 décembre 2026 peuvent adhérer, s'ils le souhaitent, au présent dispositif, dans les mêmes conditions que les nouveaux retraités à compter du 1^{er} janvier 2027, en application de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

13 TARIFICATION DU REGIME OPTIONNEL

Les tarifs proposés au titre de l'option sont détaillés dans le BPU.

Remarque :

Les taux sont à renseigner en différentiel du régime de base responsable.

Les taux sont exprimés en fonction du **Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** en vigueur.

A la date du lancement de la consultation l'AMF envisage trois structures de cotisations différentes.

Solution de base (correspondant à la structure en vigueur) :

- Uniforme Famille

Variante n°1 :

- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Variante n°2 :

- Isolé
- Famille : Collaborateur + Enfants + Conjoint sans emploi ou ne pouvant pas bénéficier d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire, ou bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire et utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 2 et sans noémisation
- Conjoint facultatif : Conjoint bénéficiant d'un contrat de frais de santé collectif obligatoire mais utilisant le contrat frais de santé mis en place par l'AMF en complémentaire de rang 1

Le stock de retraités au 31 décembre 2026 peuvent adhérer, s'ils le souhaitent, au présent dispositif, dans les mêmes conditions que les nouveaux retraités à compter du 1^{er} janvier 2027, en application de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989.

14 NIVEAU DES FRAIS DE CHARGEMENTS

Le BPU précise le niveau de frais de chargements proposés au titre des différents dispositifs.

Le titulaire a également renseigné, le cas échéant, un montant mensuel forfaitaire TTC au titre des services pour le régime de base.

L'ensemble des frais de chargement doivent être décrits dans le BPU, aucun autre frais ne pourra être appliqué par le Titulaire.

15 POLITIQUE D'INDEXATION

Le Titulaire peut demander une revalorisation annuelle des taux de cotisation.

Cette revalorisation est plafonnée à **9% d'augmentation par rapport au taux de cotisation**. Ce plafond s'applique à réglementation constante.

Le titulaire peut, dans son offre, s'être engagé sur un plafond d'indexation moindre.

Demande :

Le Titulaire formule une demande motivée auprès de l'AMF, il étaye sa demande avec un dossier argumenté. Dans ce dossier, le Titulaire transmet toutes les pièces nécessaires pour justifier de l'écart entre la sinistralité qui avait été estimée et celle effective sur la période donnée. De plus, il présente les alternatives pour maîtriser les dérives et contenir les dépenses. L'assureur devra justifier ce changement au cours d'une réunion de travail chez le souscripteur.

Délai pour la demande :

La demande doit être réceptionnée au plus tard le 30 juin de l'année N pour une mise en œuvre au 1er janvier de l'année N+1.

Décision de l'AMF :

Elle est notifiée dans un délai d'au plus deux mois à compter de la réception de la demande argumentée.

Si le dispositif présente des résultats bénéficiaires sur à minima deux exercices comptables consécutifs, le titulaire s'engage à baisser les cotisations ou à améliorer les garanties.

Les réponses apportées dans son offre engagent le Titulaire pendant la durée du marché, notamment en termes de maintien et d'encadrement tarifaire.

ELEMENTS TECHNIQUES

16 REPORTING TECHNIQUE

La Titulaire s'engage à communiquer les comptes de résultats définitifs de l'année N, avant le 31 mai de l'exercice N +1.

Le reporting technique comporte, à minima :

- les **comptes de résultats techniques définitifs** (cotisations, prestations, provisions et frais et chargements de gestion) arrêté au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque dispositif, par exercice comptable et par exercice de survenance,
- une **analyse détaillée de la sinistralité** par poste de soins (optique, dentaire, ...) à travers des indicateurs statistiques pertinents.

17 PIECES CONTRACTUELLES DU DISPOSITIF FRAIS DE SANTE

Le titulaire aura fourni dans son offre les modèles de pièces contractuelles du nouveau dispositif santé afin de s'assurer de sa bonne compréhension du dispositif cible, aussi bien au niveau des garanties, de la définition des bénéficiaires, ... qu'aux indications précisées dans le présent CCTP.

Les pièces contractuelles du nouveau dispositif santé sont les suivantes :

- Conditions générales,
- Conditions particulières,
- Notices d'information,
- IPID (Insurance Product Information Document)

La notice d'information doit être remise par le gestionnaire au souscripteur, à charge pour ce dernier de la remettre à chaque assuré. La preuve de cette remise matérielle incombe au souscripteur, conformément à la réglementation.

Cette notice d'information devra impérativement être remise dans un délai de 15 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

QUALITE DE GESTION ET DE SERVICES

18 EQUIPE DEDIEE

Le Titulaire désigne divers interlocuteurs constituant une **équipe dédiée** spécifiquement au présent marché.

Cette équipe a pour mission de répondre à toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

Le Titulaire met à disposition à minima :

- Un **Chef de projet**, responsable du bon déroulement, de la mise en œuvre opérationnelle du contrat, du respect des délais et de la qualité des prestations,
- Des **interlocuteurs dédiés** pour l'**AMF** notamment pour la gestion et le suivi du dispositif, des adhésions/radiations et pour le suivi du versement des prestations. Des points réguliers seront effectués sur les situations sensibles,
- Des interlocuteurs dédiés pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

19 ACCOMPAGEMENT DU DEPLOIEMENT

Le Titulaire met en œuvre un dispositif global d'accompagnement destiné à informer, orienter et assister les collaborateurs dans la compréhension du dispositif santé.

Il met à disposition de l'AMF, tout au long du marché des moyens humains suffisants pour accompagner et informer les bénéficiaires.

Cet accompagnement vise à garantir la délivrance d'une **information claire, homogène et accessible** à l'ensemble du personnel.

Lors de la réunion de lancement, le Titulaire soumet un **plan de communication** et un **calendrier prévisionnel** visant à assurer une diffusion de l'information auprès de l'ensemble des collaborateurs de l'AMF.

Le plan de communication inclut à minima :

- Un **webinaire** enregistré afin d'informer les collaborateurs sur les garanties et services proposés et d'expliquer la phase de déploiement à venir,
- Des **réunions d'information**,
- Des **permanences physiques**,
- Des **permanences téléphoniques**,
- Des **supports clairs et accessibles** (brochures/guides pratiques, affiches, flyers), ainsi que des supports numériques (intranet, courriels...),
- Une **Foire Aux Questions** spécifique au dispositif.

Dans sa réponse, le Titulaire précise les **modalités d'organisation** de ces différents temps (webinaire, réunion d'information, permanences physiques...).

Il formule des préconisations relatives à :

- L'organisation : calendrier, modalités de connexion, gestion des inscriptions, nombre de sessions à organiser,
- Au contenu : thèmes, supports, documentation,
- Au format : nombre de participants, durée des sessions et aux modalités d'animation (questions-réponses, échanges interactifs).

Le Titulaire s'engage à assurer un suivi partagé avec l'AMF sur l'état d'avancement du déploiement et les actions de communication réalisées.

Le Titulaire garantit la confidentialité des informations personnelles traitées dans le cadre de l'accompagnement des collaborateurs et s'engage au respect du RGPD.

Il veille à la clarté, l'accessibilité et la neutralité des informations délivrées.

20 PLATEFORME TELEPHONIQUE ET MOYENS DE CONTACT AVEC LE GESTIONNAIRE

Le titulaire met à disposition du personnel de l'AMF une plateforme téléphonique à travers un numéro d'appel dédié et non surtaxé, joignable, à minima, du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 9h à 17h.

Le titulaire doit également désigner un interlocuteur dédié à l'AMF au niveau de la gestion pour répondre aux différentes questions ou interrogations des équipes RH.

21 PARCOURS D'ADHESION DE L'ASSURE

Selon les modalités décrites dans son offre, le titulaire met en place :

- le process proposé à la mise en place du dispositif pour assurer la phase de pré-affiliation des collaborateurs de l'AMF, **tout en limitant au maximum les impacts sur les équipes RH.**
- les modalités de gestion des adhésions et des radiations d'un point de vue RH, en cours de vie du contrat. **Il est demandé d'envoyer systématiquement la copie du courrier de radiation de l'assuré à l'AMF.**

Par ailleurs, le titulaire met en œuvre les modalités d'adhésion et de résiliation à l'option responsable telles qu'établies dans son offre.

Les process d'affiliation pour le dispositif à adhésion facultatives s'effectuent directement entre le Titulaire et les collaborateurs de l'AMF (pas d'intervention de l'employeur).

22 GESTION DES COTISATIONS

Les cotisations des collaborateurs au titre de l'ensemble des régimes (y compris le régime optionnel) font l'objet d'un **précompte mensuel**.

Le paiement des cotisations par les collaborateurs s'effectue trimestriellement via un précompte mensuel sur la fiche de paie, selon les modalités internes de gestion de l'AMF.

Le reversement global des cotisations au titulaire est effectué par l'AMF sur une base trimestrielle, à terme échu.

23 QUALITE DES INTERFACES A DISPOSITION DES ASSURES

A compter du premier janvier 2027, le Titulaire met à disposition des collaborateurs de l'AMF un espace Web dédié et une application mobile.

L'espace Web, réservé exclusivement à l'AMF, doit permettre, à minima :

- la modification de bénéficiaire,
- l'édition de la carte de tiers-payant,
- la demande de devis,
- la consultation de l'historique des prestations,
- le dépôt de pièces justificatives.

Dans sa réponse, le Titulaire décrit l'ensemble des fonctionnalités proposées.

24 QUALITE DES INTERFACES A DISPOSITION DES RH

A compter du premier janvier 2027, le Titulaire met un espace Web RH dédié à disposition de l'AMF.

Cet espace, réservé exclusivement à l'AMF, doit permettre, à minima :

- la visualisation des cotisations,
- la recherche d'un collaborateur en particulier,
- le suivi d'avancement des demandes en cours,
- la mise en relation avec la gestion.

Dans sa réponse, le Titulaire décrit l'ensemble des fonctionnalités proposées.

25 RESEAU DE SOINS ET TIERS PAYANT

L'AMF est attentive à la qualité des prestations, offertes à son personnel à travers notamment le réseau de soins et le tiers-payant.

Le réseau de soins devra concerner, à minima, les familles d'actes suivants :

- l'optique,
- le dentaire,
- l'audiologie.

Le Titulaire intègre la **mise en avant du réseau de soins** dans son plan de communication, afin qu'un maximum de collaborateurs passe par le réseau de soins, diminuant ainsi le reste à charge constaté.

Le tiers-payant permet d'éviter l'avance de frais de la part de ses collaborateurs. Un taux de couverture conséquent est attendu par l'AMF de la part du titulaire.

26 SERVICES MIS A DISPOSITION DES ASSURES

En complément du versement des prestations santé, le titulaire propose à destination des collaborateurs, à minima, des garanties d'assistance et des services de téléconsultation dont les caractéristiques sont précisées dans son offre.

27 ENGAGEMENT DE QUALITE DE GESTION

Les engagements de délais et les pénalités correspondantes sont inscrits au CCAP.

28 REPORTING DE GESTION

Le titulaire aura communiqué un modèle de reporting annuel des indicateurs de performance afin de s'assurer du respect des délais de traitement.

Le titulaire doit détailler les comptes de résultats avec :

- une distinction par dispositif :
 - régime de base,

- surcomplémentaire non responsable
- option responsable,
- une distinction par formule souscrite :
 - « régime de base + surcomplémentaire non responsable »
 - « régime de base + surcomplémentaire non responsable + option responsable ».

Ce reporting pourra être complété par toute information jugée utile dans le cadre de la qualité de la gestion.

ELEMENTS DE PREVENTION ET D’ACTION SOCIALE

29 ACTIONS DE PREVENTION

Le Titulaire met en œuvre les **actions de prévention relatives à la santé** qu’il a proposées dans son offre, en cohérence avec les besoins des collaborateurs de l’AMF et les orientations du présent marché.

Ces actions de prévention pourront par exemple porter sur :

- la promotion de la santé et du bien-être au travail,
- la prévention des risques psychosociaux et des troubles musculosquelettiques,
- la lutte contre l’absentéisme et la désinsertion professionnelle,
- la sensibilisation aux conduites à risque (addictions, stress, sédentarité, etc.),
- l’accompagnement des encadrants dans la détection et la gestion des situations de fragilité.

Une attention particulière devra être portée pendant l’exécution du marché à la coordination entre l’AMF et le Titulaire, de manière à éviter toute redondance avec les dispositifs déjà mis en place au sein de l’AMF.

Lors de la réunion de démarrage, le Titulaire désigne un **interlocuteur référent chargé du pilotage, du suivi et de la coordination de ces actions de prévention**.

Le coût de ces actions est **inclus dans le tarif proposé**.

La Titulaire s’engage à communiquer un bilan des actions de prévention de l’année N, avant le **31 mai de l’exercice N +1**.

30 ACTION SOCIALE

Le titulaire met à disposition des collaborateurs de l’AMF, un dispositif d’action sociale, dont les modalités de fonctionnement ainsi que les prestations proposées par thématique ont été détaillées dans son offre.

Le dispositif d’action sociale est **inclus dans le tarif proposé**.

La Titulaire s’engage à communiquer un bilan des prestations versées l’année N au titre de l’action sociale, avant le **31 mai de l’exercice N +1**.

ELEMENTS DE RSE

L’AMF est particulièrement attentive aux sujets liés à la Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE).

Pour cela, le titulaire met en œuvre la **stratégie** qu’il a proposée dans son offre, **dans le cadre du marché**.

Les thématiques suivantes sont concernées, avec les outils utilisés ainsi qu'un chiffrage des résultats en termes de démarche RSE :

- le développement durable,
- l'empreinte carbone,
- l'égalité entre les femmes et les hommes, la diversité et l'inclusion,
- l'emploi des travailleurs en situation de handicap ou d'insertion.