



Au service des acteurs de la Sécurité sociale



**la sécurité
sociale**

Agir avec vous

CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIÈRES

UCANSS_26AC09

**RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE COUVERTURE DES FRAIS
DE SANTÉ AU PROFIT DES SALARIÉS ET ANCIENS
SALARIÉS DES ORGANISMES DU RÉGIME GÉNÉRAL
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Sommaire

ARTICLE 1.	CADRE DU MARCHÉ	6
1.1.	OBJET DU MARCHÉ	6
1.2.	PRESENTATION DU CADRE GENERAL	6
1.3.	PRESENTATION DES ORGANISMES BENEFICIAIRES DE L'ACCORD-CADRE.....	6
ARTICLE 2.	DESCRIPTIF GENERAL DU REGIME	8
2.1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION A ASSURER	8
2.1.1.	<i>Utilisation de Déclaration Sociale Nominative.....</i>	<i>9</i>
2.1.2.	<i>Assurés.....</i>	<i>9</i>
2.1.3.	<i>Ayants-droits</i>	<i>10</i>
2.1.4.	<i>Sorties « Loi Évin ».....</i>	<i>11</i>
2.1.5.	<i>Reprise d'un groupe d'anciens salariés</i>	<i>11</i>
2.1.6.	<i>Bénéficiaires de la portabilité « ANI »</i>	<i>11</i>
2.1.7.	<i>Salariés en situation de suspension du contrat de travail.....</i>	<i>12</i>
2.1.8.	<i>Maintien des garanties et dispositifs de continuité des droits.....</i>	<i>12</i>
2.2.	DESCRIPTION DES GARANTIES	13
2.2.1.	<i>Description du régime</i>	<i>13</i>
2.2.2.	<i>Degré élevé de solidarité.....</i>	<i>14</i>
2.3.	FINANCEMENT DU REGIME	14
2.3.1.	<i>Détermination des taux de cotisations par la CPP</i>	<i>14</i>
2.3.2.	<i>Assiettes et montants de cotisations</i>	<i>15</i>
2.3.3.	<i>Structure de cotisations.....</i>	<i>15</i>
2.3.4.	<i>Principe fondamental d'équilibre économique du régime</i>	<i>16</i>
2.3.5.	<i>Rôle de la CPP dans la préservation de l'équilibre</i>	<i>16</i>
2.3.6.	<i>Compétence de la CPP en matière d'évolution des cotisations</i>	<i>16</i>
2.3.7.	<i>Anticipation des évolutions</i>	<i>16</i>
2.3.8.	<i>Informations relatives aux décisions de pilotage</i>	<i>17</i>
2.4.	RESERVES GENERALES DU REGIME	17
2.4.1.	<i>Principe général.....</i>	<i>17</i>
2.4.2.	<i>Constitution initiale des Réserves Générales.....</i>	<i>17</i>
2.4.3.	<i>Présentation des Réserves Générales.....</i>	<i>18</i>
2.4.4.	<i>Composition et modalités de calcul des Réserves Générales.....</i>	<i>18</i>
2.4.5.	<i>Indivisibilité des Réserves Générales.....</i>	<i>19</i>
2.4.6.	<i>Transfert des Réserves en cas de changement d'opérateur</i>	<i>19</i>
2.4.7.	<i>Taux de rendement et produits financiers</i>	<i>19</i>
2.4.8.	<i>Modalités spécifiques de calcul des produits financiers</i>	<i>20</i>
2.4.9.	<i>Suivi, transparence et reporting.....</i>	<i>20</i>
ARTICLE 3.	CONTINUITÉ DE SERVICE ET DE DROITS A LA MISE EN PLACE DU RÉGIME	21
3.1.	PRINCIPES GENERAUX DE CONTINUITE DE SERVICE ET DE DROITS	21
3.2.	ORGANISATION DE LA TRANSITION ET MISE EN PLACE DU REGIME	21
3.3.	CONTINUITE EFFECTIVE DES SERVICES AUX ASSURES	22
3.4.	SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE ET OBLIGATIONS DE REPORTING	22
ARTICLE 4.	PERFORMANCE ET SECURITE DES SYSTÈMES D'INFORMATION	22
4.1.	MISE A DISPOSITION ET PERFORMANCE DES SYSTEMES D'INFORMATION.....	22
4.2.	SECURISATION, CONTINUITE ET CONFORMITE DES SYSTEMES.....	23
4.3.	MAINTENANCE, EVOLUTIVITE ET CONTINUITE DES SOLUTIONS	23
4.4.	SUIVI DE LA PERFORMANCE ET REPORTING DES SYSTEMES D'INFORMATION.....	23
ARTICLE 5.	GESTION DES PRESTATIONS	24
5.1.	ORGANISATION GENERALE DE LA GESTION DES PRESTATIONS	24
5.2.	MODALITES DE LIQUIDATION DES PRESTATIONS.....	24

5.3.	CONTROLE DES PRESTATIONS.....	25
5.4.	GESTION DES DEVIS ET DEMANDES DE PRISES EN CHARGE	25
5.5.	COORDINATION AVEC LES REGIMES OBLIGATOIRES	26
5.6.	GESTION DU TIERS PAYANT.....	26
5.7.	INFORMATION DES ASSURES	26
5.8.	TRAÇABILITE DES OPERATIONS DE GESTION.....	26
5.9.	SUIVI DE LA PERFORMANCE ET AMELIORATION CONTINUE	27
ARTICLE 6.	QUALITE DE SERVICE AUX ASSURÉS.....	27
6.1.	ORGANISATION GENERALE DE LA RELATION ASSURES	27
6.1.1.	<i>Principes généraux d'organisation de la relation assurés.....</i>	<i>27</i>
6.1.2.	<i>Accessibilité des services</i>	<i>27</i>
6.1.3.	<i>Gestion des pics d'activité.....</i>	<i>28</i>
6.1.4.	<i>Formation des personnels en charge de la relation assurés</i>	<i>28</i>
6.1.5.	<i>Démarche d'amélioration continue de la relation assurés</i>	<i>28</i>
6.1.6.	<i>Évaluation de la satisfaction des assurés.....</i>	<i>28</i>
6.1.7.	<i>Suivi de la performance de la relation assurés.....</i>	<i>29</i>
6.2.	PLATEFORME TELEPHONIQUE DEDIEE AUX ASSURES.....	29
6.2.1.	<i>Principes généraux d'organisation de la plateforme téléphonique</i>	<i>29</i>
6.2.2.	<i>Accessibilité du service</i>	<i>29</i>
6.2.3.	<i>Performance de la plateforme téléphonique</i>	<i>30</i>
6.2.4.	<i>Dimensionnement des moyens et gestion des flux d'appels.....</i>	<i>30</i>
6.2.5.	<i>Qualité des réponses aux assurés</i>	<i>30</i>
6.2.6.	<i>Traçabilité des échanges.....</i>	<i>30</i>
6.2.7.	<i>Suivi de la performance de la plateforme téléphonique</i>	<i>31</i>
6.3.	SERVICES DIGITAUX ET APPLICATIFS PROPOSES AUX ASSURES	31
6.3.1.	<i>Principes généraux relatifs aux services digitaux.....</i>	<i>31</i>
6.3.2.	<i>Accessibilité des outils digitaux.....</i>	<i>31</i>
6.3.3.	<i>Disponibilité, performance et continuité des services.....</i>	<i>32</i>
6.3.4.	<i>Sécurité des systèmes et protection des données</i>	<i>32</i>
6.3.5.	<i>Maintenance évolutive et corrective des services digitaux.....</i>	<i>32</i>
6.3.6.	<i>Audit de sécurité et évaluation des dispositifs numériques</i>	<i>32</i>
6.3.7.	<i>Suivi de la performance des services digitaux.....</i>	<i>33</i>
6.4.	DISPOSITIFS D'ACCUEIL PHYSIQUE DES ASSURES ET ACCESSIBILITE TERRITORIALE	34
6.4.1.	<i>Principes généraux</i>	<i>34</i>
6.4.2.	<i>Organisation du réseau d'accueil et maillage territorial</i>	<i>34</i>
6.4.3.	<i>Conditions d'accueil et qualité du service rendu</i>	<i>34</i>
6.4.4.	<i>Accessibilité des dispositifs d'accueil.....</i>	<i>34</i>
6.4.5.	<i>Articulation avec les autres canaux de la relation assurés</i>	<i>35</i>
6.4.6.	<i>Suivi de la performance des dispositifs d'accueil physique des assurés.....</i>	<i>35</i>
6.5.	QUALITE DE L'INFORMATION DES ASSURES	35
6.5.1.	<i>Principes généraux</i>	<i>35</i>
6.5.2.	<i>Élaboration, diffusion et adaptation des supports d'information</i>	<i>36</i>
6.5.3.	<i>Mise à jour régulière des contenus</i>	<i>36</i>
6.5.4.	<i>Cohérence et homogénéité de l'information multi-canaux</i>	<i>36</i>
6.5.5.	<i>Accessibilité de l'information</i>	<i>37</i>
6.5.6.	<i>Traçabilité des informations.....</i>	<i>37</i>
6.6.	GESTION DES RECLAMATIONS ET TRAITEMENT DES INSATISFACTIONS	37
6.6.1.	<i>Principes généraux</i>	<i>37</i>
6.6.2.	<i>Dispositif de réception et d'enregistrement des réclamations</i>	<i>38</i>
6.6.3.	<i>Modalités de traitement des réclamations.....</i>	<i>38</i>
6.6.4.	<i>Dispositifs d'escalade, de recours et de médiation</i>	<i>38</i>
6.6.5.	<i>– Analyse des réclamations et mise en œuvre d'actions correctives</i>	<i>39</i>
6.6.6.	<i>Suivi des réclamations.....</i>	<i>39</i>
ARTICLE 7.	PILOTAGE DU REGIME	40
7.1.	PARTICIPATION AUX INSTANCES DE SUIVI ET DE PILOTAGE DU REGIME	40

7.1.1.	<i>Engagement général de participation aux instances de suivi et de pilotage du régime</i>	40
7.1.2.	<i>Obligation de transmission des données et supports</i>	40
7.1.3.	<i>Transmission anticipée des éléments nécessaires aux réunions</i>	41
7.1.4.	<i>Qualité, fiabilité et exploitabilité des informations transmises</i>	41
7.2.	TRANSMISSION DES DONNEES DE PILOTAGE DU REGIME	41
7.2.1.	<i>Principes généraux</i>	41
7.2.2.	<i>Périodicité de transmission</i>	41
7.2.3.	<i>Nature des données</i>	41
7.2.4.	<i>Formats des données</i>	42
7.2.5.	<i>Qualité des données</i>	42
7.2.6.	<i>Demandes spécifiques</i>	42
7.2.7.	<i>Sécurisation des données</i>	43
7.3.	ÉTABLISSEMENT DES COMPTES DE RESULTAT	43
7.3.1.	<i>Principes généraux</i>	43
7.3.2.	<i>Calendrier d'établissement et modalités de production des comptes</i>	43
7.3.3.	<i>Présentation des comptes de résultat</i>	44
7.3.4.	<i>Détermination des soldes intermédiaires et du solde final</i>	44
7.3.5.	<i>Détail des postes du compte de résultat</i>	44
7.4.	AUDITS DE GESTION	46
7.4.1.	<i>Principe général</i>	46
7.4.2.	<i>Modalités de réalisation des audits</i>	46
7.4.3.	<i>Accès aux données</i>	46
7.4.4.	<i>Mise à disposition des ressources humaines et accès aux locaux</i>	47
7.4.5.	<i>Transmission mensuelle des données d'analyse</i>	47
7.4.6.	<i>Principe de transparence et levée du secret professionnel</i>	47
7.4.7.	<i>Mise en œuvre des actions correctives</i>	47
7.4.8.	<i>Obligation de coopération loyale et proactive</i>	48
ARTICLE 8.	DISPOSITIFS CONVENTIONNELS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE (ARTICLE L.863-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)	48
8.1.	PRINCIPE GENERAL ET CADRE JURIDIQUE	48
8.2.	CONSTITUTION ET PERIMETRE DES RESEAUX CONVENTIONNES	48
8.3.	PRINCIPES DE SELECTION DES PROFESSIONNELS DE SANTE	48
8.4.	COUVERTURE TERRITORIALE ET ACCESSIBILITE DU RESEAU	48
8.5.	AVANTAGES OFFERTS AUX BENEFICIAIRES	49
8.6.	INFORMATION DES BENEFICIAIRES	49
8.7.	RESPECT DU LIBRE CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE	49
8.8.	SUIVI ET EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES DISPOSITIFS CONVENTIONNELS	49
ARTICLE 9.	PREVENTION DES RISQUES	50
9.1.	PRINCIPES GENERAUX	50
9.2.	NATURE DES ACTIONS DE PREVENTION PROPOSEES	50
9.3.	MISE A DISPOSITION DE SERVICES ET OUTILS DE PREVENTION	51
9.4.	ACCESSIBILITE TERRITORIALE ET EGALITE D'ACCES	51
9.5.	SUIVI ET EVALUATION DES ACTIONS DE PREVENTION	51
9.6.	TRANSPARENCE ET FINANCEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION	51
9.7.	REPORTING FINANCIER ET QUALITATIF A LA CPP ET A L'UCANSS	52
ARTICLE 10.	DISPOSITIFS DE COMMUNICATION	52
10.1.	PRINCIPES GENERAUX RELATIFS A L'INFORMATION DES ASSURES ET DES SOUSCRIPTEURS	52
10.2.	NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE	52
10.3.	ÉLABORATION ET MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE COMMUNICATION	53
10.4.	CONTENU ET QUALITE DES ACTIONS DE COMMUNICATION	53
10.5.	ACCESSIBILITE ET DIFFUSION DES SUPPORTS D'INFORMATION	53
10.6.	INTERLOCUTEUR DEDIE A LA MISE EN PLACE ET AU SUIVI DU REGIME	53
10.7.	CONTINUITE ET QUALITE DE L'INTERLOCUTION	54

ARTICLE 11.	SERVICES COMPLÉMENTAIRES	54
11.1.	PRINCIPES GENERAUX ET FINANCEMENT DES SERVICES COMPLEMENTAIRES	54
11.2.	SERVICE D'ASSISTANCE.....	54
11.3.	SERVICE DE TELECONSULTATION MEDICALE	55
11.4.	SERVICES DE DEUXIEME AVIS MEDICAL	55
11.5.	INFORMATION DES BENEFICIAIRES ET ACCESSIBILITE DES SERVICES.....	55
11.6.	SUIVI, EVALUATION ET REPORTING DES SERVICES COMPLEMENTAIRES.....	56
ARTICLE 12.	TRANSFERT DES DONNÉES ET RÉVERSIBILITÉ	57
12.1.	PRINCIPE GENERAL DE REVERSIBILITE ET CONTINUITE DU SERVICE	57
12.2.	PERIMETRE DES DONNEES A TRANSFERER.....	57
12.3.	FORMAT, QUALITE ET DOCUMENTATION DES DONNEES	57
12.4.	DELAIS DE TRANSMISSION DES DONNEES	58
12.5.	ASSISTANCE A LA PHASE DE TRANSITION	58
12.6.	SECURITE, CONFIDENTIALITE ET CONFORMITE REGLEMENTAIRE	58
12.7.	SUPPRESSION ET ARCHIVAGE DES DONNEES.....	58
12.8.	CARACTERE OBLIGATOIRE ET GRATUIT DU TRANSFERT.....	58

ARTICLE 1. CADRE DU MARCHÉ

1.1. Objet du marché

Le présent marché, porté par la centrale d'achats de l'UCANSS, a pour objet la mise en œuvre et la gestion financière, administrative et technique du régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés et des anciens salariés des organismes du Régime général de la Sécurité sociale, et le cas échéant, de leurs ayants droit.

Ce régime est institué par le protocole d'accord du 12 août 2008 et ses avenants, lesquels définissent l'ensemble des règles relatives aux garanties, aux modalités de financement, aux mécanismes de solidarité et aux conditions de pilotage du régime. Le Titulaire reconnaît expressément le caractère impératif et opposable de ces dispositions, ainsi que celui des décisions prises par la Commission Paritaire de Pilotage (CPP).

Il s'engage à assurer l'exécution des prestations dans le respect strict de ce cadre normatif, sans pouvoir en modifier ni la portée ni l'économie générale.

1.2. Présentation du cadre général

La Branche professionnelle des organismes du Régime général de la Sécurité sociale a mis en place, par un protocole d'accord en date du 12 août 2008, un régime complémentaire de couverture des frais de santé applicable depuis le 1^{er} janvier 2009 au profit de l'ensemble de ses salariés et de leurs ayants-droits, ainsi qu'aux « anciens salariés » (retraités, ...) et leurs ayants-droits.

Initialement, le régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés et anciens salariés a fait l'objet de procédures d'homologation puis de recommandation, diligentées par la CPP instituée par le protocole d'accord du 12 août 2008.

La dernière période de recommandation arrivant à son terme au 31 décembre 2026, il a été décidé de recourir désormais à une procédure de consultation relevant du Code de la commande publique, pour la mise en œuvre et la gestion financière, administrative et technique du régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés et des anciens salariés des organismes du Régime général de Sécurité Sociale, et le cas échéant, de leurs ayants droit.

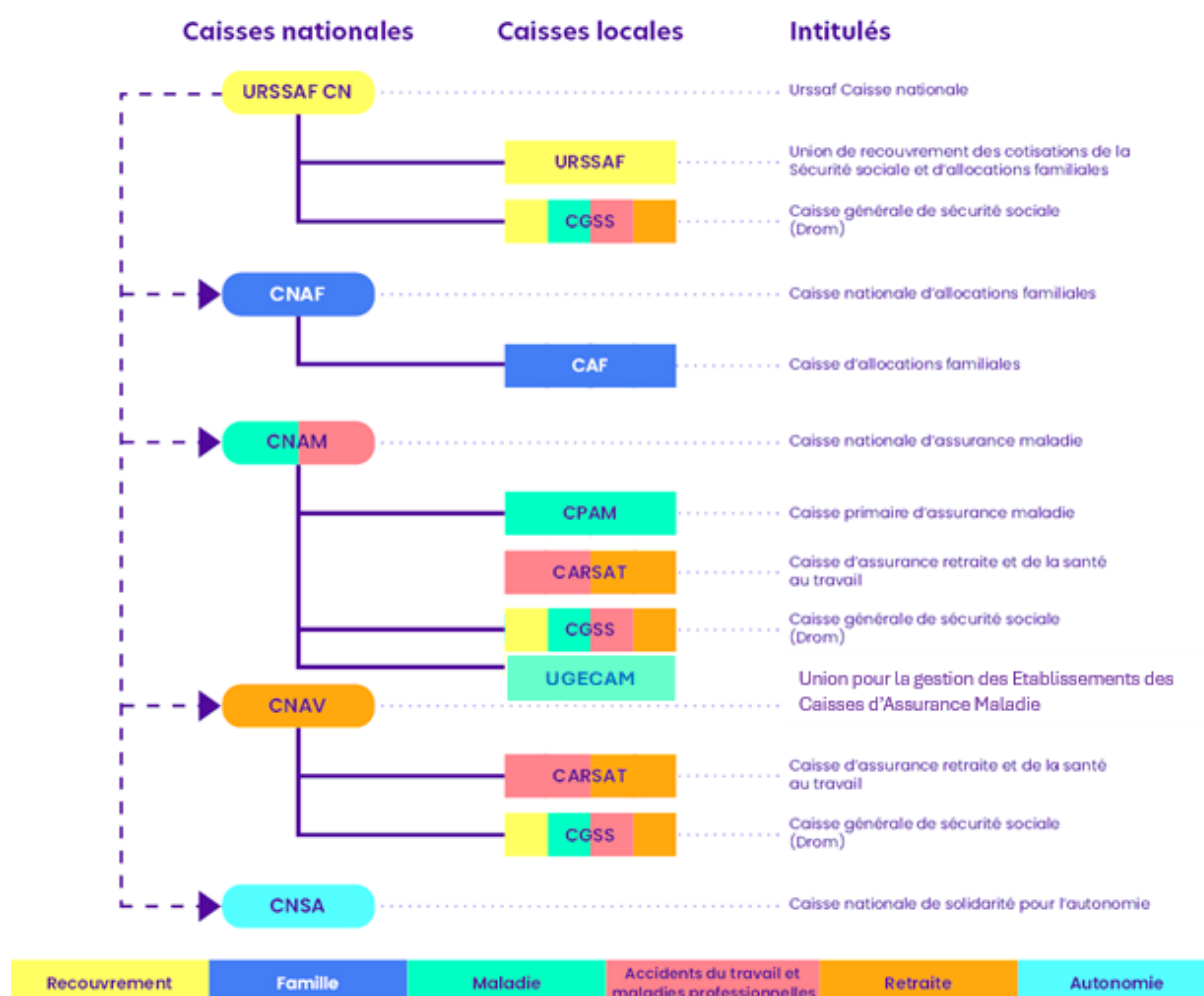
1.3. Présentation des organismes bénéficiaires de l'accord-cadre

En tant que centrale d'achat, l'UCANSS conclut ce marché pour le compte de l'ensemble des organismes du Régime général de la Sécurité sociale en France métropolitaine, Corse comprise, et dans les DROM/COM.

La Sécurité sociale a été créée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Elle protège l'ensemble des résidents du territoire français. La Sécurité sociale n'est pas gérée d'un bloc mais est subdivisée en différents régimes et différentes branches.

Le Régime général de la Sécurité sociale compte aujourd'hui près de 145 000 femmes et hommes. Ils sont répartis en 6 grandes branches :

- ❖ La branche Famille aide les familles dans leur vie quotidienne et développe la solidarité envers les personnes vulnérables.
- ❖ La branche Maladie permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins et gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs.
- ❖ La branche Accidents du travail – maladies professionnelles, également gérée par l'Assurance Maladie.
- ❖ La branche Retraite verse les pensions aux retraités de l'Industrie, des services et du commerce. Elle suit les salariés tout au long de leur carrière et les aide à préparer leur retraite.
- ❖ La branche Recouvrement qui, à la différence des autres, ne gère pas un risque mais collecte les cotisations et contributions sociales pour les redistribuer au bénéfice des autres branches.
- ❖ La branche Autonomie créée en janvier 2021, gère les dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.



En application des dispositions de l'article L 224-12 du Code de la Sécurité sociale, l'UCANSS passe aussi cet accord-cadre pour le compte des agences régionales de santé (ARS), uniquement pour ce qui concerne leur personnel de droit privé en application de l'article 1 du protocole de 2008.

En outre, l'UCANSS se réserve le droit de faire bénéficier à d'autres organismes non répertoriés à ce jour, des termes conclus sur la base de l'accord-cadre pour la passation des marchés subséquents, dans le respect des dispositions de l'article 18 du protocole d'accord du 12 août 2008.

ARTICLE 2. DESCRIPTIF GENERAL DU REGIME

Le régime constitue un dispositif collectif obligatoire issu du dialogue social national. Il ne s'analyse pas comme un contrat d'assurance librement défini par l'organisme assureur, mais comme la traduction assurantielle d'un dispositif conventionnel dont les paramètres essentiels sont déterminés par les partenaires sociaux signataires du protocole d'accord du 12 août 2008, joint en annexe 1 au CCTP.

Le dispositif devra être conforme à la fois aux stipulations du protocole d'accord du 12 août 2008 et ses avenants instituant un mécanisme de solidarité financière nationale, aux dispositions relatives aux contrats responsables, aux prescriptions du Code de la sécurité sociale ainsi qu'aux dispositions du Code de la commande publique.

2.1. Description de la population à assurer

Conformément aux dispositions du titre I, chapitres 1 et 2 du protocole d'accord du 12 août 2008, le régime s'applique obligatoirement à l'ensemble des salariés des organismes du Régime général de Sécurité sociale relevant du périmètre conventionnel défini par les partenaires sociaux, ainsi qu'à leurs ayants-droits dans les conditions définies aux articles 2 et 3 du protocole de 2008.

Le Titulaire ne peut restreindre ce champ ni introduire de sélection des risques. Le caractère collectif et obligatoire du régime s'impose à lui dans toutes ses conséquences juridiques et techniques.

Parallèlement, conformément aux dispositions du titre II, chapitre 1 du protocole d'accord du 12 août 2008, l'adhésion au régime est ouverte aux anciens salariés des organismes du Régime général de Sécurité sociale, ainsi qu'à leurs ayants-droits s'ils le souhaitent dans les conditions définies aux articles 11 à 13 du protocole de 2008

Par conséquent, les personnes susceptibles d'être couvertes sont l'ensemble des salariés et des anciens salariés des organismes qui relèvent de la Branche professionnelle des salariés des organismes du Régime général de la Sécurité sociale ainsi que de quelques organismes ayant demandé leur rattachement au régime auprès de la CPP, dans le respect des conditions fixées à l'article 18 du protocole d'accord de 2008. L'ensemble de ces personnes bénéficieront des mêmes garanties.

Les bénéficiaires du régime sont précisément définis aux articles 3, 6 et 11 à 13 du protocole du 12 août 2008.

Les caractéristiques démographiques des salariés de la Branche sont synthétisées en annexe 2 du présent CCTP.

Le Titulaire ne peut ni restreindre ni élargir le périmètre des bénéficiaires en dehors des stipulations du protocole de 2008 ou des décisions prises par la CPP.

Le Titulaire assure la couverture de l'ensemble des salariés et de leurs ayants droit relevant du champ d'application du protocole d'accord, ainsi que celle des anciens salariés et de leurs ayants droit, dans les conditions strictement définies par les dispositions conventionnelles.

Il met en œuvre les dispositifs nécessaires à l'affiliation automatique des salariés et à la gestion des ayants droit, en garantissant la fiabilité des données, la traçabilité des opérations et la conformité aux règles du régime.

2.1.1. Utilisation de la Déclaration Sociale Nominative (DSN)

La Déclaration Sociale Nominative (DSN) est une déclaration en ligne réalisée tous les mois à partir des données liées à la paie. Elle permet à l'employeur de payer les cotisations sociales et de transmettre de manière sécurisée aux organismes sociaux (Urssaf, CPAM, France Travail, organismes complémentaires, etc.) les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

Les organismes bénéficiaires sont, en principe, dotés d'un logiciel de paie compatible avec la DSN.

Dans ce cadre, le Titulaire devra établir et mettre à disposition de chaque organisme bénéficiaire une fiche de paramétrage DSN comprenant les éléments qui permettent à l'organisme de paramétrer son système de paie et d'adresser mensuellement au Titulaire les DSN avec les informations relatives à son contrat de complémentaire santé.

Le Titulaire devra, en lien, être en capacité de fournir aux organismes bénéficiaires toute information et documentation utiles afférentes, leur permettant notamment une bonne gestion et transmission des données et des flux auprès du Titulaire (modèle de bordereau de cotisations, de bulletins, l'établissement de fiches pratiques sur le régime et/ou d'un guide de gestion pratique, etc.).

Le Titulaire réceptionnera mensuellement les DSN et effectuera un rapprochement avec les données enregistrées dans son système d'information. Il contrôlera et détectera les écarts entre les éléments contenus dans les DSN et ceux enregistrés dans son système d'information.

Il mettra mensuellement à disposition des organismes les Comptes-Rendus Métiers (CRM) sur le portail Net-Entreprises.

2.1.2. Assurés

Le régime de Frais de Santé est à adhésion obligatoire pour l'ensemble des salariés des organismes du régime général de Sécurité sociale et de leurs établissements, tel que défini à l'article 3.1 de l'accord du 12 août 2008.

En dehors des dispenses de droit prévues aux articles D911-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale, l'accord du 12 août 2008 prévoit les facultés de dispense suivantes :

- ❖ Les salariés couverts par une assurance individuelle lors de l'embauche, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- ❖ Les salariés bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- ❖ Les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une complémentaire santé collective ;
- ❖ Les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, ou occupant un emploi saisonnier, d'une durée inférieure à douze mois ;
- ❖ Les salariés sous contrat à durée déterminée égale ou supérieure à douze mois qui justifient de la souscription d'une garantie frais de santé ;
- ❖ Les salariés à temps partiel (inférieur à un mi-temps), ou les apprentis, n'ayant qu'un seul employeur, qui devraient acquitter, s'ils adhéraient, une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

2.1.3. Ayants-droits

Les garanties sont accordées à titre obligatoire, conformément à l'article 3.2 de l'accord du 12 août 2008, au salarié et aux membres de sa famille désignés ci-dessous :

- ❖ Le conjoint du salarié qui ne perçoit pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement (notamment allocation chômage, pension de retraite ou de pré-retraite, d'invalidité, rente accident du travail, indemnités journalières) ou dont le montant annuel brut est inférieur à 10% du plafond annuel de Sécurité sociale.
Est assimilé au conjoint le concubin, ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).
- ❖ L'enfant âgé de moins de 27 ans du salarié ou de son conjoint affilié à titre obligatoire, tel que défini au 1°), et qui remplit l'une des conditions suivantes :
 - être à la charge, au sens de la législation Sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint, en sa qualité d'ayant droit du salarié ou de son conjoint ;
 - résider au domicile de ses parents et percevoir annuellement des revenus professionnels ou de remplacement inférieurs à 10% du plafond annuel de Sécurité sociale ;
 - poursuivre ses études, et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
 - être demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi et non indemnisé à ce titre ;
 - être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80% du Smic, et de ne pas bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.

Ces dispositions s'appliquent sans limite d'âge à l'enfant reconnu invalide, ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80% du Smic.

Peuvent demander à ne pas relever de ces dispositions les ayants droit couverts par un autre régime complémentaire collectif de couverture des frais de santé ainsi que ceux justifiant du bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

Les ayants-droits à charge doivent être déclarés à l'employeur au moment de l'adhésion ou lors de leur changement de statut en produisant une attestation sur l'honneur. Leur situation fait l'objet d'un contrôle annuel par l'organisme assureur sur la base des justificatifs définis par la CPP du régime.

Le conjoint non à charge, entendu par celui ne remplissant pas la condition d'être affilié à titre obligatoire (cf. précédemment), ainsi que ses enfants, dans les conditions définies à l'article 3.2 du protocole d'accord de 2008, devront avoir la faculté d'adhérer à titre facultatif (cf. article 6 du protocole d'accord de 2008).

L'enfant de l'enfant de l'assuré peut également être couvert par le régime en tant qu'ayant droit à titre facultatif (cf. article 6 du protocole d'accord de 2008).

2.1.4. Sorties « Loi Évin »

Le régime Frais de Santé devra proposer, conformément aux dispositions de l'article 4 de la Loi Évin, et des dispositions des articles 11 à 13 du protocole d'accord du 12 août 2008, un maintien des garanties pour :

- ❖ Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties ;
- ❖ Les ayants droit du salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès ;
- ❖ Les ayants droit d'un ancien salarié décédé peuvent également bénéficier du régime.

2.1.5. Reprise d'un groupe d'anciens salariés

Le régime actuel de la Branche professionnelle des salariés des organismes du Régime général de Sécurité sociale couvre environ 90 000 anciens salariés.

Les bénéficiaires actuels du régime des anciens salariés pourront continuer à bénéficier du régime dans les mêmes conditions que les futurs anciens salariés à compter du 1^{er} janvier 2027.

Les caractéristiques démographiques des anciens salariés sont synthétisées en annexe 3.

2.1.6. Bénéficiaires de la portabilité « ANI »

En application de la portabilité prévue à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale, et visée à l'article 4.3 du protocole d'accord de 2008, les salariés au moment de la rupture du contrat de travail (ainsi que leurs ayants droit à titre obligatoire) bénéficieront du maintien du régime de Frais de Santé, dès la cessation de leur contrat de travail (sauf faute lourde), sous réserve de remplir les conditions prévues par ledit article.

2.1.7. Salariés en situation de suspension du contrat de travail

Les garanties du régime sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu dès lors qu'ils bénéficient du maintien total ou partiel de leur rémunération. La cotisation et les modalités de paiement sont celles prévues pour le personnel en activité.

Il en est de même en cas :

- ❖ d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- ❖ de congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
- ❖ de congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
- ❖ de congé de solidarité familiale ;
- ❖ de congé de présence parentale ;
- ❖ de congé de proche aidant ;
- ❖ de congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an ;
- ❖ d'activité partielle de longue durée ;
- ❖ de toute période de congé rémunérée par l'employeur en cas de reclassement ou de mobilité.

Les garanties du régime susvisé peuvent être maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu et non indemnisé, autres que ceux mentionnés ci-dessus, avec financement à la charge exclusive des salariés. Dans ce cas la cotisation correspond à celle prévue par l'article 8 du protocole d'accord du 12 août 2008.

2.1.8. Maintien des garanties et dispositifs de continuité des droits

Le Titulaire est tenu d'assurer la mise en œuvre complète, continue et sécurisée de l'ensemble des dispositifs de maintien des garanties prévus par les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles applicables au régime, incluant notamment les dispositifs de portabilité des droits, les maintiens de couverture en application des dispositions issues de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Évin », ainsi que l'ensemble des situations de maintien de garanties prévues par le protocole d'accord du 12 août 2008 et ses avenants, notamment en cas de suspension du contrat de travail.

À ce titre, le Titulaire met en œuvre des procédures organisationnelles, techniques et opérationnelles permettant d'identifier de manière exhaustive et sécurisée les bénéficiaires éligibles à ces dispositifs, en s'appuyant notamment sur les flux issus de la déclaration sociale nominative et les informations transmises par les employeurs. Il garantit la fiabilité des informations prises en compte, la traçabilité des décisions d'ouverture et de maintien des droits, ainsi que la cohérence entre les données administratives, les droits ouverts et les prestations servies.

S'agissant de la portabilité des droits, le Titulaire assure la continuité des garanties au bénéfice des anciens salariés remplissant les conditions d'éligibilité prévues par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale. Il garantit l'ouverture automatique des droits sans formalité excessive pour le bénéficiaire, la continuité des prestations dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés actifs, ainsi que la prise en compte immédiate des droits à compter de la cessation du contrat de travail. Il met en place des dispositifs de suivi permettant de contrôler la durée des droits et d'anticiper leur échéance, en assurant l'information préalable des bénéficiaires sur les modalités de fin de couverture.

S'agissant des dispositifs relevant de la loi Évin, le Titulaire assure le maintien des garanties au bénéfice des anciens salariés et de leurs ayants droit dans les conditions prévues par les textes en vigueur. Il garantit l'absence de sélection médicale, la continuité des garanties et la conformité des conditions tarifaires aux dispositions réglementaires ainsi qu'à celles prévues par l'accord du 12 août 2008. Il met en œuvre des procédures permettant d'informer

les bénéficiaires de leurs droits dans les délais requis et de recueillir leur adhésion dans des conditions garantissant la sécurité juridique du dispositif.

Pour l'ensemble des dispositifs de maintien des garanties, le Titulaire s'engage à assurer la continuité effective des prestations, sans interruption de droits ni rupture dans la prise en charge des dépenses de santé. Il garantit notamment la continuité du tiers payant, l'accès aux services digitaux et à la relation client, ainsi que la mise à disposition des informations nécessaires à la compréhension des droits et des garanties.

Le Titulaire met en place des dispositifs de contrôle permettant de vérifier la conformité des droits ouverts, la bonne application des règles de maintien des garanties et l'absence de rupture de couverture. Ces dispositifs incluent des contrôles automatisés, des contrôles périodiques et, le cas échéant, des contrôles ciblés sur certaines populations ou situations présentant un risque particulier.

Il assure une information claire, complète et accessible des bénéficiaires sur leurs droits, les conditions de maintien des garanties et les modalités de gestion de leur couverture. Cette information est délivrée à travers des supports adaptés, incluant notamment les notices d'information, les espaces digitaux et les services de relation client.

Le Titulaire garantit la traçabilité de l'ensemble des opérations relatives à l'ouverture, au maintien et à la cessation des droits, permettant à tout moment de reconstituer les conditions d'application des dispositifs et de justifier des décisions prises.

Enfin, il met en œuvre un dispositif de suivi et de reporting permettant de rendre compte de l'application des dispositifs de maintien des garanties.

Ce reporting inclut notamment des indicateurs relatifs :

- ❖ aux volumes de bénéficiaires concernés ;
- ❖ aux délais de mise en œuvre ;
- ❖ aux incidents éventuels de couverture ;
- ❖ aux actions correctives engagées ;
- ❖ aux difficultés rencontrées dans l'application des dispositifs.

2.2. Description des garanties

2.2.1. Description du régime

Le Régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés et anciens salariés des organismes du Régime général de Sécurité Sociale présente un seul niveau de garantie à adhésion obligatoire.

Les garanties du régime sont définies à l'article 4, ainsi que dans l'annexe 2 de l'accord du 12 août 2008.

Le descriptif des garanties du régime en vigueur au 1^{er} janvier 2026 figure en annexe 4 au présent Cahier des Clauses Techniques Particulières (CTP).

Elles couvrent les dépenses de santé dans les conditions et limites fixées conventionnellement et s'imposent intégralement au Titulaire. Le Titulaire est tenu de respecter strictement les niveaux de remboursement, les planchers et plafonds, ainsi que l'architecture générale du régime.

Toute évolution des garanties, en complément des évolutions législatives et réglementaires, relève exclusivement de la négociation collective et des décisions paritaires. Le Titulaire est tenu de les mettre en œuvre sans pouvoir en modifier l'économie.

Le contrat proposé devra répondre aux obligations liées :

- ❖ Au contrat solidaire et responsable (article L 871-2 du code la Sécurité sociale, articles R 871-2 R 871-2 du code la Sécurité sociale, décret n° 2014-1374 sur le nouveau cahier des charges des contrats responsables et décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires) y compris les obligations relatives aux remboursements des dépassements d'honoraires des médecins en fonction de leur adhésion à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée ;
- ❖ Au panier de soins minimum prévu par la Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

2.2.2. Degré élevé de solidarité

L'article 16 de l'accord du 12 août 2008 institue un Fonds de solidarité destiné au financement des actions relevant du degré élevé de solidarité, conformément aux dispositions de l'article R 912-2 du code de la Sécurité Sociale et dont les modalités sont définies aux articles 16.1 et 16.2 dudit accord.

Par ailleurs, la CPP établit le règlement de gestion et financement des actions relevant du degré élevé de solidarité.

Les financements affectés au degré élevé de solidarité font l'objet d'une comptabilité isolée du régime. Leur utilisation est décidée par la CPP dans le respect des objectifs définis par les partenaires sociaux.

Le Titulaire assure la gestion opérationnelle de ces dispositifs sous le contrôle de la CPP, sans pouvoir en modifier l'objet ni les critères d'attribution.

2.3. Financement du régime

2.3.1. Détermination des taux de cotisations par la CPP

Les taux de cotisations sont fixés à l'article 5.2 du protocole d'accord du 12 août 2008.

Il est expressément stipulé que le Titulaire n'est pas autorisé à agir en matière de fixation, de proposition autonome ou de modulation des taux de cotisations.

Les cotisations sont affectées principalement au financement des prestations, à la constitution des provisions techniques et aux mécanismes de solidarité prévus par le protocole.

Au vu des résultats financiers du régime, la CPP étudie la nécessité d'aménager les cotisations et/ou les prestations du régime applicables au début de l'année suivante.

Elle procède aux aménagements nécessaires conformément aux dispositions des articles 9 et 14 du protocole d'accord du 12 août 2008.

Toute décision de la CPP relative aux cotisations est mise en œuvre par le Titulaire dans les délais impartis.

La CPP est très attentive à la juste tarification et à l'équilibre économique des régimes.

Les comptes de résultats du régime par exercice de survenance figurent en annexe 5 du présent CCTP.

2.3.2. Assiettes et montants de cotisations

Actifs

L'assiette des cotisations des actifs est constituée sur le salaire brut d'activité, telle que définie à l'article 5.1 du protocole d'accord du 12 août 2008.

Le montant des cotisations des actifs est exprimé :

- Pour une part, en pourcentage du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur pour la période considérée ;
- Pour une autre part, en pourcentage de la rémunération du salarié, telle que définie à l'article 5.1 du protocole, limitée au plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Adhérents à titre facultatif

Les cotisations des adhérents à titre facultatif visés à l'article 6 du protocole de 2008 sont forfaitaires et assises sur le plafond annuel de la Sécurité sociale. Ces cotisations sont minorées de 25% pour les invalides dont le contrat de travail est suspendu (cf. article 8 du protocole d'accord du 12 août 2008).

Anciens salariés

Les cotisations des anciens salariés visés au titre II protocole de 2008 sont forfaitaires et assises sur le plafond annuel de la Sécurité sociale (cf. article 14 du protocole d'accord du 12 août 2008).

2.3.3. Structure de cotisations

Pour tous les salariés en activité, la structure de cotisations est :

- ❖ Cotisation Isolé / Famille ;
- ❖ Cotisation ayant droit non à charge facultatif.

2.3.4. Principe fondamental d'équilibre économique du régime

Le régime est piloté selon un principe fondamental d'équilibre économique, visant à garantir sa soutenabilité financière dans la durée, la pérennité des garanties offertes aux bénéficiaires ainsi que la stabilité des conditions de couverture.

Cet équilibre s'apprécie au regard de l'ensemble des paramètres techniques et financiers du régime, incluant notamment le niveau des cotisations, l'évolution des prestations, les frais de gestion, le niveau des réserves ainsi que l'ensemble des dispositifs concourant à la maîtrise des dépenses de santé.

Le Titulaire s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des moyens nécessaires pour permettre le suivi précis, régulier et documenté de cet équilibre, dans le respect des orientations définies par la CPP.

2.3.5. Rôle de la CPP dans la préservation de l'équilibre

La CPP assure le pilotage stratégique du régime dans le respect du principe d'équilibre économique mentionné à l'article 2.3.4.

À ce titre, elle dispose de l'ensemble des prérogatives nécessaires pour analyser la situation du régime, apprécier ses équilibres techniques et financiers et décider des orientations permettant d'en garantir la soutenabilité.

Le Titulaire apporte à la CPP l'ensemble des éléments nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment les données, analyses, projections et études permettant d'éclairer ses décisions.

2.3.6. Compétence de la CPP en matière d'évolution des cotisations

Dans le cadre du pilotage du régime, la CPP est compétente pour décider des évolutions de cotisations applicables aux bénéficiaires, dans le respect des dispositions conventionnelles en vigueur, et conformément aux dispositions des articles 9 et 14 du protocole d'accord du 12 août 2008.

Ces décisions sont prises au regard de l'analyse des équilibres techniques et financiers du régime, des perspectives d'évolution des dépenses de santé et des objectifs de maintien de la qualité des garanties.

La détermination des taux de cotisations s'inscrit dans une logique de responsabilité et de soutenabilité, visant à assurer la couverture des engagements du régime tout en préservant son équilibre économique.

2.3.7. Anticipation des évolutions

La CPP veille à anticiper les évolutions susceptibles d'affecter l'équilibre du régime, notamment en matière de consommation de soins, de contexte réglementaire et d'évolution démographique.

Elle peut, en conséquence, décider de toute mesure nécessaire à la préservation de cet équilibre, incluant notamment l'évolution des cotisations, l'adaptation des garanties ou la mise en œuvre de dispositifs de maîtrise des dépenses.

Le Titulaire s'engage à alerter sans délai la CPP et l'UCANSS en cas de risque identifié susceptible de compromettre l'équilibre du régime, et à proposer toute analyse ou mesure corrective utile.

2.3.8. Informations relatives aux décisions de pilotage

Les décisions de la CPP relatives à l'équilibre du régime, et notamment celles portant sur l'évolution des cotisations, sont prises sur la base d'informations complètes, fiables et documentées.

Le Titulaire garantit la transparence des éléments transmis et veille à leur lisibilité, afin de permettre une prise de décision éclairée.

Il contribue à la formalisation des éléments d'analyse ayant conduit aux décisions de la CPP et à leur traçabilité.

2.4. Réserves Générales du régime

2.4.1. Principe général

Dans le cadre du régime complémentaire de couverture des frais de santé des salariés et anciens salariés des organismes du Régime général de Sécurité Sociale, il est institué une Réserve Générale distincte pour chacun des deux régimes, à savoir :

- ❖ une Réserve Générale afférente au régime des salariés ;
- ❖ une Réserve Générale afférente au régime des anciens salariés.

Ces Réserves Générales ont pour finalité d'assurer le maintien des conditions techniques du régime.

Elles participent à la stabilité financière du régime et à la continuité de ses équilibres dans une logique de solidarité.

2.4.2. Constitution initiale des Réserves Générales

Les Réserves Générales actuelles ont été constituées au 1^{er} janvier 2022 par transfert des réserves générales détenues au 31 décembre 2021 par les assureurs recommandés dans le cadre de la précédente recommandation.

Ce transfert a porté notamment sur :

- ❖ la Réserve Générale complémentaire des salariés au 31 décembre 2011, constituée dans le cadre de l'entrée en fiscalité des Institutions de Prévoyance ;
- ❖ la Réserve Générale des salariés ;
- ❖ la Réserve Générale des anciens salariés.

Ces Réserves sont actuellement gérées par les assureurs recommandés, et seront transférées au Titulaire à l'issue de la clôture des comptes de résultat de l'exercice de survenance 2026.

2.4.3. Présentation des Réserves Générales

Les Réserves Générales font l'objet d'une présentation distincte, sans compensation entre les régimes, selon les modalités suivantes :

- ❖ une Réserve Générale propre au régime des salariés, correspondant aux opérations afférentes audit régime ;
- ❖ une Réserve Générale propre au régime des anciens salariés, correspondant aux opérations afférentes audit régime.

Chaque Réserve est établie annuellement au titre de l'exercice N et retrace l'ensemble des mouvements intervenus au cours de cet exercice.

Elle est présentée selon une structure comprenant :

Au crédit :

- ❖ le solde au 1^{er} janvier de l'exercice ;
- ❖ les produits financiers de l'exercice ;
- ❖ les montants d'alimentation de l'exercice ;

Au débit :

- ❖ les prélèvements intervenus au cours de l'exercice.

Le solde au 31 décembre de l'exercice N est déterminé à l'issue de ces mouvements.

2.4.4. Composition et modalités de calcul des Réserves Générales

Solde au 1^{er} janvier

Le solde au 1^{er} janvier de l'exercice N correspond au report du solde constaté au 31 décembre de l'exercice N-1.

Produits financiers

Les produits financiers afférents à la Réserve Générale sont calculés sur la base du taux de rendement défini pour l'exercice N.

Ce taux est appliqué :

- ❖ au solde de la Réserve Générale au 1^{er} janvier de l'exercice N ;
- ❖ majoré de la moitié des montants d'alimentation intervenus au cours de l'exercice N ;
- ❖ minoré de la moitié des prélèvements effectués au cours de l'exercice N.

Alimentation des Réserves

L'alimentation de la Réserve Générale est égale à 95 % du solde créditeur du compte de résultat de l'exercice N.

Prélèvements sur les Réserves

En cas de solde débiteur du compte de résultat de l'exercice N, ce solde est compensé à hauteur de 95 % :

- ❖ en premier lieu par un prélèvement sur la Réserve Générale ;
- ❖ puis, le cas échéant, par un prélèvement sur la Réserve Générale Complémentaire ;
- ❖ dans la limite des montants disponibles.

En cas d'insuffisance des Réserves, la part non couverte du solde débiteur est reportée au débit du compte de résultat de l'exercice N+1.

Solde au 31 décembre

Le solde créditeur constaté au 31 décembre de l'exercice N est reporté au crédit de la Réserve Générale de l'exercice N+1.

2.4.5. Indivisibilité des Réserves Générales

Chaque Réserve Générale constitue un ensemble indivisible résultant du mécanisme de solidarité propre au régime.

Les organismes adhérant au régime bénéficient de cette solidarité sans qu'il soit exigé qu'ils aient contribué à la constitution des Réserves.

En conséquence, aucune quote-part individualisée des Réserves ne peut être attribuée, et aucun organisme quittant le régime ne peut prétendre à la restitution d'une fraction des Réserves Générales.

2.4.6. Transfert des Réserves en cas de changement d'opérateur

Au terme de l'accord-cadre, pour quelque cause que ce soit, les Réserves Générales sont transférées au nouveau marché mis en œuvre à compter du 1^{er} janvier suivant.

Le montant transféré est déterminé après clôture des comptes du dernier exercice et application des règles de gestion définies au présent article.

Il est majoré des produits financiers calculés sur la base de la moyenne des taux de rendement constatés sur les deux derniers exercices, appliquée au solde des Réserves pour la période comprise entre le 31 décembre et la date effective du transfert.

Pour la détermination des comptes définitifs du dernier exercice, la provision pour prestations à payer est ajustée en fonction des remboursements constatés au 30 novembre de l'exercice suivant.

2.4.7. Taux de rendement et produits financiers

Le taux de rendement appliqué aux Réserves correspond à 95 % du rendement net des actifs généraux prévoyance du Titulaire.

Les Réserves bénéficient, dans le cadre d'une gestion en fonds en euros, d'une garantie de type cliquet.

Le Titulaire présente annuellement à la CPP :

- ❖ Les taux de rendement obtenus ;
- ❖ les principes de sa politique de placement.

Les produits financiers ainsi déterminés sont ajustés par application d'un coefficient destiné à tenir compte de l'imposition théorique du Titulaire, ce coefficient étant susceptible d'évolution.

Ce mécanisme ne s'applique pas à la Réserve Générale Complémentaire des salariés.

2.4.8. Modalités spécifiques de calcul des produits financiers

Pour la Réserve Générale, en cas de Titulaire agissant en co-assurance dans le cadre d'un groupement solidaire, le taux de rendement est pondéré en fonction de la quote-part de réassurance de chaque co-assureur, déterminée au 31 décembre de l'exercice sur la base du chiffre d'affaires.

Pour le Fonds de Solidarité des anciens salariés, les produits financiers sont déterminés sur la base des flux mensuels effectivement perçus au titre de l'alignement sur paie, avec une date de valeur fixée au lendemain du versement.

Un taux moyen équivalent est déterminé en fin d'exercice par le Titulaire en lien avec le Conseil de la CPP.

2.4.9. Suivi, transparence et reporting

Le Titulaire assure un suivi rigoureux, transparent et documenté des Réserves Générales.

À ce titre, il transmet à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 31 mars de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé comprenant notamment :

- ❖ la situation des Réserves en début et fin d'exercice ;
- ❖ les mouvements intervenus (alimentation, prélèvements, produits financiers) ;
- ❖ les modalités de calcul appliquées ;
- ❖ les taux de rendement retenus ;
- ❖ les éventuels ajustements réalisés ;
- ❖ les perspectives d'évolution.

Les informations sont présentées de manière claire, structurée, exhaustive et directement exploitable.

ARTICLE 3. CONTINUITÉ DE SERVICE ET DE DROITS A LA MISE EN PLACE DU RÉGIME

3.1.Principes généraux de continuité de service et de droits

Le Titulaire est tenu d'assurer, dès l'entrée en vigueur de l'accord-cadre et des marchés subséquents et pendant toute leur durée, la continuité intégrale, effective et sécurisée des droits et des prestations pour l'ensemble des assurés, incluant les salariés, les anciens salariés et leurs ayants-droits respectifs.

À ce titre, il met en œuvre l'ensemble des moyens organisationnels, techniques et humains nécessaires afin d'éviter toute rupture de droit, toute interruption de service ou toute dégradation des conditions de prise en charge.

3.2.Organisation de la transition et mise en place du régime

Le Titulaire met en œuvre un dispositif de transition structuré, opérationnel et dimensionné en adéquation avec le nombre d'organismes concernés et la volumétrie des bénéficiaires assurés.

Ce dispositif est formalisé dans un calendrier détaillé de déploiement transmis à la CPP et à l'UCANSS. Ce calendrier précise l'ensemble des étapes relatives à la reprise des données, les modalités de migration, ainsi que les procédures de contrôle, de fiabilisation et de sécurisation mises en œuvre.

Le Titulaire met en place une organisation dédiée à la phase de lancement comprenant :

- ❖ une équipe projet spécifiquement identifiée et adaptée aux enjeux du déploiement ;
- ❖ la désignation d'un référent opérationnel unique chargé des relations avec la CPP et l'UCANSS ;
- ❖ la désignation de correspondants opérationnels pour chacun des organismes concernés ;
- ❖ la mise en œuvre d'un dispositif renforcé de traitement des demandes individuelles des assurés et des organismes du Régime général de Sécurité Sociale.

Le Titulaire coopère activement, le cas échéant, avec les organismes assureurs sortants ainsi qu'avec l'UCANSS afin d'assurer la transmission complète, fiable et sécurisée des données nécessaires à la continuité des droits.

Il garantit la reprise exhaustive et la fiabilisation des données relatives à la gestion des assurés, incluant notamment :

- ❖ les données administratives ;
- ❖ les historiques de droits ;
- ❖ les situations spécifiques, telles que la portabilité, les maintiens de garanties et les situations individuelles particulières.

Il assure également la continuité des flux de gestion et des versements de prestations.

3.3. Continuité effective des services aux assurés

Le Titulaire garantit la continuité effective de service et de droits pour l'ensemble des assurés. À ce titre, il s'engage notamment à :

- ❖ assurer l'accès continu aux services de remboursement ;
- ❖ mettre à disposition les cartes de tiers payant avant la date de prise d'effet du régime ;
- ❖ garantir l'accès aux outils de gestion et d'information, incluant l'espace assuré en ligne, la plateforme téléphonique de relation client et les dispositifs de télétransmission.

Le Titulaire contribue, en lien étroit avec l'UCANSS, à la mise en œuvre d'une information claire, anticipée et proactive des organismes et des assurés.

Cette information porte notamment sur :

- ❖ les modalités de souscription des marchés subséquents ;
- ❖ les conditions d'adhésion au régime pour les salariés, anciens salariés et ayants droit ;
- ❖ la continuité des garanties et des prestations ;
- ❖ les modalités d'accès aux services de gestion.

3.4. Suivi de la mise en œuvre et obligations de reporting

Le Titulaire met en place un dispositif de suivi renforcé de la phase de déploiement. Il transmet à l'UCANSS un reporting hebdomadaire jusqu'à l'issue du premier trimestre de mise en œuvre du régime, l'UCANSS assurant l'information régulière de la CPP.

Ce reporting comprend notamment :

- ❖ le taux d'adhésion des organismes, en comparaison avec celui constaté au 31 décembre 2026 ;
- ❖ l'identification des organismes adhérents ;
- ❖ le taux d'incidents de couverture ;
- ❖ les délais de résolution ;
- ❖ l'identification des difficultés susceptibles d'affecter la continuité des droits ou du service ;
- ❖ les actions correctives mises en œuvre.

À compter du 1^{er} janvier 2028, le Titulaire transmet un reporting annuel à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 31 mars de l'année N+1, reprenant ces éléments et présentant une analyse consolidée de la mise en œuvre du régime.

ARTICLE 4. PERFORMANCE ET SECURITE DES SYSTEMES D'INFORMATION

4.1. Mise à disposition et performance des systèmes d'information

Le Titulaire met à disposition des organismes adhérents un système d'information et de gestion sécurisé, complet, interopérable et évolutif, permettant notamment :

- ❖ la gestion centralisée des contrats et des garanties ;
- ❖ la gestion des adhésions des salariés et de leurs ayants droit ;
- ❖ la transmission sécurisée des documents ;
- ❖ l'accès aux outils d'accompagnement et de reporting.

Il garantit la conformité de ces outils aux fonctionnalités décrites dans son offre et leur adéquation aux besoins des organismes.

4.2. Sécurisation, continuité et conformité des systèmes

Le Titulaire fournit, dès la mise en place du contrat, un plan de continuité d'activité et un plan d'assurance sécurisé détaillés précisant notamment :

- ❖ les modalités de sauvegarde des données ;
- ❖ les dispositifs de reprise en cas d'incident ;
- ❖ les mesures de sécurisation mises en œuvre.

Il garantit un niveau élevé de performance technique, incluant :

- ❖ une disponibilité annuelle du service conforme à ses engagements contractuels ;
- ❖ des temps de réponse compatibles avec un usage fluide et continu du système.

Le Titulaire assure une ergonomie adaptée aux besoins des employeurs, dans le respect des exigences d'accessibilité numérique, notamment celles issues du référentiel général d'amélioration de l'accessibilité (RGAA) ou équivalent.

Il met en œuvre des dispositifs garantissant :

- ❖ la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données ;
- ❖ le respect des réglementations applicables, notamment le RGPD, le Code de la sécurité sociale et les exigences de la CNIL ;
- ❖ des mécanismes d'authentification renforcée ;
- ❖ la traçabilité des accès et des opérations.

4.3. Maintenance, évolutivité et continuité des solutions

Le Titulaire assure la maintenance corrective et évolutive du système d'information, afin de garantir son adaptation continue aux évolutions réglementaires, conventionnelles et techniques.

Il maintient une solution alternative non dématérialisée accessible aux employeurs, afin de garantir la continuité du service en toute circonstance.

Il s'engage à répondre aux besoins exprimés par les organismes adhérents, la CPP et l'UCANSS, notamment dans le cadre des instances de pilotage.

4.4. Suivi de la performance et reporting des systèmes d'information

Le Titulaire met en place un dispositif structuré de suivi de la performance et de la qualité de service des systèmes d'information. Ce dispositif repose sur des indicateurs incluant notamment :

- ❖ le taux de disponibilité des services ;
- ❖ le taux d'incidents ;
- ❖ les délais de résolution ;
- ❖ les impacts sur les utilisateurs.

Le Titulaire transmet à la CPP et à l'UCANSS un reporting annuel détaillé, au plus tard le 30 juin de l'année N+1. Ce rapport comprend notamment :

- ❖ les indicateurs de performance et leur évolution ;
- ❖ l'analyse des incidents ;
- ❖ les mesures correctives mises en œuvre ;
- ❖ les plans d'actions en cas de non-conformité ;
- ❖ les perspectives d'amélioration.

Les informations transmises sont présentées de manière claire, structurée, argumentée et directement exploitable.

ARTICLE 5. GESTION DES PRESTATIONS

5.1. Organisation générale de la gestion des prestations

Le Titulaire assure la gestion intégrale des prestations servies au titre du régime complémentaire dans des conditions garantissant un niveau élevé de qualité, de fiabilité, de sécurité juridique et de performance opérationnelle, conformément aux garanties définies par l'accord du 12 août 2008, ses avenants, notamment l'accord du 23 avril 2024, ainsi qu'aux exigences réglementaires applicables aux contrats solidaires et responsables et au dispositif « 100 % santé ».

Il met en œuvre une organisation technique, humaine et fonctionnelle permettant d'assurer la continuité, l'homogénéité et la traçabilité de la gestion des prestations pour l'ensemble des bénéficiaires, sans distinction de statut, de localisation ou de situation individuelle.

Cette organisation repose notamment sur la mise en place de processus de traitement standardisés, de dispositifs d'automatisation des flux, de procédures de contrôle interne et de mécanismes d'amélioration continue, permettant de garantir la conformité des prestations versées, la maîtrise des délais de traitement et la sécurisation des opérations.

Le Titulaire s'engage à maintenir en permanence un niveau de qualité de service conforme aux standards les plus élevés du secteur, en tenant compte de la volumétrie du régime, de la diversité des situations des assurés et des exigences de pilotage définies par la CPP dans l'accord du 12 août 2008.

5.2. Modalités de liquidation des prestations

Le Titulaire assure la liquidation des prestations dans des conditions garantissant la rapidité, la fiabilité et la conformité aux garanties du régime.

À ce titre, il met en œuvre un dispositif reposant sur une automatisation maximale des traitements, notamment par le recours généralisé aux échanges dématérialisés avec les organismes d'assurance maladie obligatoire, de type NOEMIE, permettant d'assurer une continuité et une fluidité optimales des flux.

Il garantit un niveau élevé de télétransmission des données et s'engage à limiter le recours aux traitements manuels aux seules situations nécessitant une analyse spécifique.

Le Titulaire met en place des procédures spécifiques pour le traitement des dossiers complexes, incluant notamment les situations atypiques, les demandes de remboursement nécessitant des pièces justificatives particulières ou les cas de coordination entre plusieurs régimes.

Il s'engage à assurer des délais de remboursement compatibles avec les exigences du régime et les attentes des assurés, en mettant en place des outils de suivi en temps réel des délais de traitement, permettant d'identifier toute dérive et d'engager immédiatement les actions correctives nécessaires.

Il garantit que les prestations sont versées directement aux bénéficiaires ou aux professionnels de santé dans le cadre du tiers payant, dans des conditions assurant la sécurité des paiements et la fiabilité des montants versés.

5.3. Contrôle des prestations

Le Titulaire met en œuvre un dispositif structuré de contrôle des prestations visant à garantir la conformité des remboursements aux garanties du régime, à prévenir les erreurs de liquidation et à limiter les risques de fraude.

Ce dispositif comprend des contrôles automatisés intégrés aux outils de gestion, des contrôles statistiques réalisés de manière périodique, ainsi que des contrôles ciblés sur certaines catégories de dépenses identifiées comme présentant un niveau de risque particulier.

Le Titulaire s'assure de la cohérence des données utilisées pour la liquidation des prestations, notamment en ce qui concerne les informations relatives aux droits des assurés, aux garanties applicables et aux remboursements effectués par les régimes obligatoires.

Il met en œuvre des procédures permettant d'identifier les anomalies, de les corriger dans des délais compatibles avec les exigences du régime et d'en analyser les causes afin de prévenir leur récurrence.

Il assure la traçabilité complète des contrôles réalisés et des actions correctives engagées, permettant à la CPP et à l'UCANSS de vérifier la qualité de la gestion.

5.4. Gestion des devis et demandes de prises en charge

Le Titulaire assure la gestion des devis et des demandes de prise en charge, notamment pour les actes présentant un enjeu financier significatif, tels que les dépenses d'optique, de dentaire, d'audioprothèse et d'hospitalisation.

Il garantit des délais de réponse sous 5 jours ouvrés maximum, en mettant en place des procédures permettant un traitement rapide, fiable et sécurisé des demandes.

Il veille à la conformité des prises en charge avec les garanties du régime et s'assure que les engagements pris sont respectés lors de la liquidation des prestations.

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant d'informer les assurés de manière claire et détaillée sur les conditions de prise en charge, les montants remboursés et les éventuels restes à charge.

5.5. Coordination avec les régimes obligatoires

Le Titulaire assure une coordination étroite avec les organismes d'assurance maladie obligatoire, afin de garantir la cohérence des remboursements et la continuité de la chaîne de prise en charge.

Il met en œuvre des dispositifs permettant d'assurer la bonne intégration des données issues des régimes obligatoires, de vérifier leur cohérence et de corriger les éventuelles anomalies.

Il garantit la synchronisation des flux entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des dépenses de santé, afin d'éviter toute rupture de droits ou toute incohérence dans les remboursements.

5.6. Gestion du tiers payant

Le Titulaire met en œuvre un dispositif de tiers payant étendu, couvrant l'ensemble des postes de dépenses de santé relevant du régime. Il garantit un accès effectif aux soins sans avance de frais pour les assurés, dans le respect des garanties du régime et des conventions conclues avec les professionnels de santé.

Le Titulaire assure la gestion des flux financiers liés au tiers payant dans des conditions garantissant la sécurité, la fiabilité et la traçabilité des opérations. Il met en œuvre des dispositifs de contrôle permettant de prévenir les risques d'erreur, de fraude ou de paiement indu, et assure la régularisation rapide des situations anormales.

Il garantit la continuité du service de tiers payant, y compris en cas d'incident technique ou de défaillance d'un prestataire, en mettant en place des solutions de secours adaptées.

5.7. Information des assurés

Le Titulaire met à disposition des assurés une information claire, complète et accessible sur les prestations servies, les modalités de remboursement et les conditions de prise en charge.

Il garantit l'accès à des outils permettant de consulter de manière détaillée les remboursements effectués, d'obtenir des explications sur les montants versés et de suivre l'état d'avancement des demandes.

Il veille à la lisibilité des informations communiquées, afin de permettre aux assurés de comprendre leurs droits et les conditions de prise en charge.

5.8. Traçabilité des opérations de gestion

Le Titulaire assure la traçabilité complète de l'ensemble des opérations de gestion des prestations, incluant la réception des demandes, leur traitement, les contrôles effectués et les paiements réalisés.

Il met en œuvre des dispositifs d'archivage permettant de conserver l'ensemble des données et des justificatifs dans des conditions garantissant leur intégrité, leur confidentialité et leur accessibilité.

Il garantit la possibilité de reconstituer, à tout moment, les conditions de liquidation d'une prestation et de justifier des décisions prises.

5.9. Suivi de la performance et amélioration continue

Le Titulaire met en place un dispositif de suivi de la performance de la gestion des prestations, reposant sur des indicateurs relatifs notamment aux délais de traitement, aux taux de télétransmission, aux taux d'erreur et à la satisfaction des assurés.

Il analyse régulièrement ces indicateurs afin d'identifier les axes d'amélioration et de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires.

Il transmet à la CPP et à l'UCANSS au plus tard le 30 juin N+1 un rapport détaillant indicateurs de performances ci-avant, les difficultés rencontrées et les actions correctives mises en œuvre.

ARTICLE 6. QUALITE DE SERVICE AUX ASSURÉS

6.1. Organisation générale de la relation assurés

6.1.1. Principes généraux d'organisation de la relation assurés

Le Titulaire met en œuvre une organisation globale, structurée, cohérente et dimensionnée de la relation assurés, permettant de garantir à l'ensemble des bénéficiaires un accès simple, rapide, équitable et sécurisé aux services du régime complémentaire.

Cette organisation repose sur la mobilisation coordonnée de l'ensemble des canaux de contact disponibles, incluant notamment la plateforme téléphonique, les outils digitaux, les dispositifs d'accueil physique et les supports d'information, afin de répondre de manière adaptée à la diversité des besoins et des situations des assurés.

Le Titulaire s'engage à assurer une qualité de service homogène sur l'ensemble du territoire, incluant la métropole et les DROM/COM, en veillant à adapter ses moyens humains, techniques et organisationnels aux spécificités locales et aux volumes de sollicitations constatés.

6.1.2. Accessibilité des services

Le Titulaire garantit la complémentarité et la cohérence des différents canaux de contact mis à disposition des assurés, afin d'assurer une continuité de service et une accessibilité optimale.

Il veille à ce que chaque assuré puisse accéder aux services du régime par le canal le plus adapté à sa situation, notamment en tenant compte de son niveau d'aisance avec les outils numériques, de sa localisation géographique et de ses besoins spécifiques.

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant de garantir l'accessibilité des services pour les publics en situation de handicap, les personnes éloignées du numérique et les assurés rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'information ou aux soins.

Il s'assure que les modalités d'accès aux différents canaux sont clairement communiquées aux assurés et qu'elles font l'objet d'une information régulièrement mise à jour.

6.1.3. Gestion des pics d'activité

Le Titulaire adapte en permanence les moyens humains, techniques et organisationnels mobilisés pour la gestion de la relation assurés, afin de garantir un niveau de service conforme aux exigences du régime.

Il met en œuvre des dispositifs de pilotage en temps réel permettant de suivre les volumes de sollicitations, d'anticiper les variations d'activité et d'ajuster les moyens en conséquence, notamment en période de forte sollicitation.

Le Titulaire prévoit des mécanismes de gestion des pics d'activité, incluant le renforcement des effectifs, le recours à des dispositifs de débordement et l'utilisation d'outils de régulation des flux, afin de garantir la continuité et la qualité du service.

6.1.4. Formation des personnels en charge de la relation assurés

Le Titulaire garantit que les personnels en charge de la relation assurés disposent des compétences nécessaires pour assurer un service de qualité, conforme aux exigences du régime.

Il met en place des dispositifs de formation initiale et continue permettant d'assurer la maîtrise des garanties du régime, des règles de gestion et des outils utilisés.

Le Titulaire veille à l'homogénéité des pratiques et des réponses apportées aux assurés, en mettant en œuvre des procédures internes, des référentiels de réponse et des dispositifs de contrôle qualité.

6.1.5. Démarche d'amélioration continue de la relation assurés

Le Titulaire s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la relation assurés, visant à faire évoluer en permanence ses pratiques, ses outils et son organisation afin de répondre aux attentes des bénéficiaires et aux exigences du régime.

Il analyse régulièrement les indicateurs de performance, les retours des assurés et les données issues des réclamations, afin d'identifier les axes d'amélioration.

Il met en œuvre des plans d'actions visant à améliorer la qualité de service, en précisant les mesures envisagées, les moyens mobilisés et les délais de mise en œuvre.

6.1.6. Évaluation de la satisfaction des assurés

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs réguliers d'évaluation de la satisfaction des assurés, permettant de recueillir leur perception de la qualité de service et d'identifier les axes d'amélioration.

Ces dispositifs incluent notamment la réalisation d'enquêtes de satisfaction, conduites selon une méthodologie rigoureuse garantissant la représentativité des résultats, la fiabilité des données recueillies et la pertinence des analyses.

Le Titulaire veille à ce que ces enquêtes couvrent l'ensemble des dimensions de la relation assurés, incluant notamment la qualité des contacts, la compréhension des informations délivrées, la simplicité des démarches, la satisfaction relative aux remboursements et l'accessibilité des services.

Les résultats de ces enquêtes font l'objet d'une analyse approfondie permettant d'identifier les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction, ainsi que les leviers d'amélioration de la qualité de service.

6.1.7. Suivi de la performance de la relation assurés

Le Titulaire met en place un dispositif structuré de pilotage de la relation assurés, reposant sur la définition et le suivi d'indicateurs de performance couvrant l'ensemble des dimensions de la qualité de service. Ces indicateurs portent notamment sur

- ❖ l'accessibilité des services ;
- ❖ les délais de traitement des demandes ;
- ❖ la qualité des réponses apportées ;
- ❖ la performance des outils digitaux ;
- ❖ la gestion des réclamations ;
- ❖ le niveau de satisfaction des assurés.

Le Titulaire transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé relatif à la performance de la relation assurés, comprenant notamment :

- ❖ la description de l'organisation mise en œuvre ;
- ❖ les résultats des enquêtes de satisfaction ;
- ❖ les indicateurs de performance relatifs aux différents canaux de contact ;
- ❖ l'analyse des volumes de sollicitations et de leur évolution ;
- ❖ les difficultés rencontrées dans la gestion de la relation assurés ;
- ❖ les actions correctives mises en œuvre et leur niveau d'avancement.

Le Titulaire s'engage à présenter ce rapport de manière claire, structurée et exploitable, afin de permettre à la CPP d'exercer pleinement ses missions de pilotage du régime.

6.2. Plateforme téléphonique dédiée aux assurés

6.2.1. Principes généraux d'organisation de la plateforme téléphonique

Le Titulaire met à disposition des assurés une plateforme téléphonique dédiée, structurée, dimensionnée et pilotée de manière à garantir un accès effectif, continu et équitable à l'ensemble des informations et services liés au régime complémentaire.

Cette plateforme constitue un canal central de la relation assurés et doit permettre de traiter l'ensemble des sollicitations, qu'il s'agisse de demandes d'information, de suivi de prestations, d'accompagnement dans les démarches ou de gestion de situations individuelles spécifiques.

Le Titulaire s'engage à assurer le bon fonctionnement de cette plateforme dans des conditions garantissant la qualité, la fiabilité et la continuité du service, en tenant compte des volumes de sollicitations, de leur variabilité et des exigences du régime.

6.2.2. Accessibilité du service

Le Titulaire garantit l'accessibilité de la plateforme téléphonique sur une amplitude horaire adaptée aux besoins des assurés, couvrant au minimum les heures ouvrées du lundi au vendredi.

Il veille à ce que les modalités d'accès au service soient clairement communiquées et facilement identifiées par les assurés, notamment à travers les supports d'information, les outils digitaux et les dispositifs d'accueil physique.

Le Titulaire met en œuvre les moyens nécessaires pour garantir un accès non discriminatoire au service, y compris pour les assurés en situation de handicap ou rencontrant des difficultés particulières d'accès aux services.

6.2.3. Performance de la plateforme téléphonique

Le Titulaire garantit un niveau de performance élevé de la plateforme téléphonique, reposant notamment sur le respect d'un taux de décroché moyen d'au moins quatre-vingts pour cent et d'un délai moyen d'attente inférieur ou égal à deux minutes.

Ces engagements constituent des obligations contractuelles dont le respect fait l'objet d'un suivi régulier et d'une évaluation dans le cadre du pilotage du régime.

Le Titulaire met en œuvre des outils de suivi en temps réel permettant de mesurer la performance de la plateforme, d'identifier toute dérive et de déclencher immédiatement les actions correctives nécessaires.

6.2.4. Dimensionnement des moyens et gestion des flux d'appels

Le Titulaire adapte les moyens humains et techniques mobilisés pour la gestion de la plateforme téléphonique, afin de garantir un niveau de service conforme aux exigences du régime.

Il met en place des dispositifs de pilotage permettant d'anticiper les variations de flux, notamment en période de forte sollicitation, et d'ajuster les effectifs et les ressources en conséquence.

Le Titulaire prévoit des mécanismes spécifiques de gestion des pics d'activité, incluant notamment le renforcement temporaire des effectifs, le recours à des dispositifs de débordement, la mise en place de solutions de rappel automatique et l'utilisation d'outils de régulation des flux.

6.2.5. Qualité des réponses aux assurés

Le Titulaire garantit la qualité, la fiabilité et la cohérence des réponses apportées aux assurés. Il veille à ce que les téléconseillers disposent d'une formation initiale et continue adaptée, leur permettant de maîtriser les garanties du régime, les règles de gestion et les outils utilisés.

Le Titulaire met en place des référentiels de réponse, des procédures internes et des dispositifs de contrôle qualité visant à garantir l'homogénéité des informations délivrées.

Il s'assure que les réponses apportées aux assurés sont claires, compréhensibles et conformes aux dispositions du régime.

6.2.6. Traçabilité des échanges

Le Titulaire assure la traçabilité complète des échanges téléphoniques, en mettant en place des outils permettant d'enregistrer et de suivre les appels, ainsi que de conserver l'historique des demandes et des réponses apportées.

Il met en œuvre des dispositifs de supervision du service, incluant notamment l'écoute d'appels, l'analyse des performances individuelles et collectives et la mise en place d'actions d'amélioration.

Le Titulaire garantit la conformité de ces dispositifs aux exigences réglementaires en matière de protection des données à caractère personnel.

6.2.7. Suivi de la performance de la plateforme téléphonique

Le Titulaire intègre les données issues de la plateforme téléphonique dans son dispositif global de pilotage de la relation assurés, afin d'assurer une vision complète et cohérente de la qualité de service.

Il analyse les motifs de contact, les volumes d'appels et les difficultés rencontrées, afin d'identifier les axes d'amélioration et d'adapter son organisation.

Le Titulaire transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé relatif à la performance de la plateforme téléphonique, comprenant notamment :

- ❖ le volume d'appels reçus en distinguant les salariés et les anciens salariés ;
- ❖ le taux moyen de décroché ;
- ❖ le délai moyen de réponse ;
- ❖ le taux d'abandon ;
- ❖ le délai moyen de traitement des demandes ;
- ❖ les actions correctives mises en œuvre le cas échéant.

Le Titulaire s'engage à présenter ce rapport de manière claire, structurée et exploitable, afin de permettre à la CPP d'exercer pleinement ses missions de suivi et de pilotage du régime.

6.3. Services digitaux et applicatifs proposés aux assurés

6.3.1. Principes généraux relatifs aux services digitaux

Le Titulaire met à disposition des assurés un ensemble de services digitaux permettant un accès simple, sécurisé, continu et autonome aux informations et prestations relatives au régime complémentaire.

Ces services comprennent notamment un espace personnel sécurisé accessible en ligne, ainsi qu'une application mobile, permettant aux assurés de consulter leurs droits, leurs garanties, leurs remboursements, leurs documents contractuels, de transmettre des pièces justificatives, de suivre l'état d'avancement de leurs démarches et d'accéder aux services d'accompagnement.

Le Titulaire s'engage à concevoir et exploiter ces outils dans des conditions garantissant leur fiabilité, leur sécurité, leur ergonomie, leur performance et leur accessibilité pour l'ensemble des bénéficiaires, quels que soient leur profil et leur niveau d'aisance numérique.

6.3.2. Accessibilité des outils digitaux

Le Titulaire veille à ce que les services digitaux proposés présentent une ergonomie adaptée, permettant une utilisation intuitive, fluide et efficace par les assurés.

Il garantit le respect des exigences en matière d'accessibilité numérique, notamment celles issues du référentiel général d'amélioration de l'accessibilité, afin de permettre l'utilisation des services par les personnes en situation de handicap.

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant d'accompagner les assurés dans l'utilisation des outils digitaux, notamment à travers des supports pédagogiques, des aides en ligne et, le cas échéant, des dispositifs d'assistance.

6.3.3. Disponibilité, performance et continuité des services

Le Titulaire garantit un niveau élevé de disponibilité des services digitaux, permettant un accès continu aux fonctionnalités proposées, y compris en période de forte sollicitation.

Il met en œuvre des infrastructures techniques adaptées, dimensionnées en fonction des volumes d'utilisation attendus, et assure la supervision en temps réel des systèmes afin de détecter toute dégradation de performance.

Le Titulaire s'engage à mettre en place des dispositifs de continuité et de reprise d'activité permettant de garantir la disponibilité des services en cas d'incident technique, de défaillance ou de sinistre.

Il assure la mise en œuvre de procédures de gestion des incidents permettant d'identifier, de traiter et de résoudre les dysfonctionnements dans des délais compatibles avec les exigences du régime.

6.3.4. Sécurité des systèmes et protection des données

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs garantissant la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données traitées dans le cadre des services digitaux, notamment des données à caractère personnel et des données de santé.

Il s'assure de la conformité de ses systèmes aux exigences du règlement général sur la protection des données, du Code de la sécurité sociale et des recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le Titulaire met en place des mécanismes d'authentification sécurisée, de gestion des habilitations, de traçabilité des accès et de protection contre les intrusions.

Il veille à la sécurisation des échanges de données et à la protection des systèmes contre les risques de cyberattaque.

6.3.5. Maintenance évolutive et corrective des services digitaux

Le Titulaire assure la maintenance évolutive et corrective des services digitaux, afin de garantir leur adaptation continue aux évolutions réglementaires, aux besoins des assurés et aux exigences du régime.

Il met en œuvre des procédures permettant de corriger rapidement les anomalies, d'améliorer les fonctionnalités existantes et de développer de nouvelles fonctionnalités lorsque cela est nécessaire.

Le Titulaire veille à limiter l'impact des opérations de maintenance sur la disponibilité des services et à informer les assurés des éventuelles interruptions programmées.

6.3.6. Audit de sécurité et évaluation des dispositifs numériques

Le Titulaire fait réaliser, au minimum une fois par an, un audit de sécurité des systèmes d'information utilisés pour les services digitaux, par un organisme indépendant.

Cet audit porte notamment sur la robustesse des systèmes, la sécurité des données, la gestion des accès et la prévention des risques informatiques.

Les résultats de cet audit, accompagnés des mesures correctives mises en œuvre, sont transmis à la CPP et à l'UCANSS au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné.

Le Titulaire s'engage à mettre en œuvre, dans des délais compatibles avec les enjeux identifiés, les actions correctives nécessaires pour remédier aux éventuelles vulnérabilités détectées.

6.3.7. Suivi de la performance des services digitaux

Le Titulaire veille à l'intégration des services digitaux dans le dispositif global de relation assurés, afin de garantir une expérience utilisateur cohérente et fluide entre les différents canaux de contact.

Il s'assure que les informations accessibles via les outils digitaux sont cohérentes avec celles délivrées par la plateforme téléphonique, les supports écrits et les dispositifs d'accueil physique.

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant de suivre l'utilisation des services digitaux, d'identifier les difficultés rencontrées par les assurés et d'adapter les outils en conséquence.

Il transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS :

- ❖ au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé relatif suivi de la performance et de la qualité des services digitaux comprenant notamment :
 - Les taux d'utilisation ;
 - les indicateurs de performance en distinguant les salariés et les anciens salariés ;
 - le taux de disponibilité ;
 - le taux d'incidents ;
 - les délais de résolution ;
 - les actions correctives mises en œuvre le cas échéant.

- ❖ au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, les résultats de l'audit de sécurité des systèmes d'information, accompagnés des mesures correctives mises en œuvre.

Le Titulaire s'engage à présenter ces éléments de manière claire, structurée et exploitable, afin de permettre à la CPP d'assurer le suivi et l'évaluation des dispositifs numériques.

6.4. Dispositifs d'accueil physique des assurés et accessibilité territoriale

6.4.1. Principes généraux

Le Titulaire met en œuvre un dispositif d'accueil physique structuré, organisé et dimensionné de manière à garantir une proximité effective avec les assurés et un accès direct aux services du régime.

Ce dispositif vise à compléter les autres canaux de la relation assurés en permettant une prise en charge personnalisée des situations individuelles, notamment lorsque celles-ci présentent un degré de complexité élevé ou nécessitent un accompagnement spécifique.

Le Titulaire s'engage à assurer une couverture territoriale cohérente avec la répartition des organismes du Régime général de Sécurité Sociale et des populations couvertes, incluant la métropole ainsi que les DROM/COM.

6.4.2. Organisation du réseau d'accueil et maillage territorial

Le Titulaire définit et met en œuvre une organisation territoriale de l'accueil physique des assurés reposant sur un maillage adapté aux besoins des assurés, tenant compte notamment de la densité de population, de la répartition géographique des bénéficiaires et de l'implantation des organismes du Régime général de Sécurité Sociale.

Il identifie les points d'accueil physiques, leurs zones de couverture, leurs modalités d'accès et les moyens humains mobilisés, en veillant à garantir une accessibilité effective pour l'ensemble des assurés.

Le Titulaire veille à ce que l'organisation du réseau permette d'assurer une continuité de service sur l'ensemble du territoire national, y compris dans les zones présentant des contraintes spécifiques d'accès.

6.4.3. Conditions d'accueil et qualité du service rendu

Le Titulaire garantit que les dispositifs d'accueil physique offrent des conditions d'accueil conformes aux exigences de qualité de service du régime, incluant notamment :

- ❖ des plages horaires adaptées aux besoins des assurés ;
- ❖ la présence d'interlocuteurs qualifiés et formés ;
- ❖ la confidentialité des échanges ;
- ❖ la disponibilité d'espaces adaptés à l'accueil du public.

Il veille à ce que les assurés puissent obtenir, dans le cadre de l'accueil physique, des réponses complètes, fiables et compréhensibles à leurs demandes, ainsi qu'un accompagnement adapté à leur situation.

6.4.4. Accessibilité des dispositifs d'accueil

Le Titulaire met en œuvre les moyens nécessaires pour garantir l'accessibilité des dispositifs d'accueil physique à l'ensemble des assurés, y compris les personnes en situation de handicap, les publics éloignés du numérique et les personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès aux services.

Il s'assure que les points d'accueil respectent les normes en vigueur en matière d'accessibilité et met en place des dispositifs spécifiques permettant de faciliter l'accueil des publics vulnérables.

Le Titulaire adapte ses modalités d'accueil afin de garantir une prise en charge équitable et inclusive de l'ensemble des assurés.

6.4.5. Articulation avec les autres canaux de la relation assurés

Le Titulaire veille à assurer une parfaite articulation entre les dispositifs d'accueil physique et les autres canaux de la relation assurés, notamment la plateforme téléphonique et les services digitaux.

Il s'assure que les informations délivrées dans le cadre de l'accueil physique sont cohérentes avec celles diffusées sur les autres canaux et conformes aux dispositions du régime.

Le Titulaire met en place des outils permettant de tracer les échanges réalisés dans le cadre de l'accueil physique et de les intégrer dans le système global de gestion de la relation assurés.

6.4.6. Suivi de la performance des dispositifs d'accueil physique des assurés

Le Titulaire met en place un dispositif de pilotage du réseau d'accueil physique, reposant sur des indicateurs de performance relatifs notamment à la fréquentation des points d'accueil, à la qualité du service rendu, aux délais de prise en charge et à la satisfaction des assurés.

Il procède à une analyse régulière de ces indicateurs afin d'identifier les éventuelles difficultés rencontrées, d'adapter l'organisation du réseau et de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires.

Le Titulaire s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue visant à faire évoluer le dispositif d'accueil en fonction des besoins des assurés et des exigences du régime.

Il transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé relatif au dispositif d'accueil physique.

Ce rapport comprend notamment :

- ❖ la description du réseau d'accueil et de son organisation territoriale,
- ❖ les indicateurs de fréquentation des points d'accueil physiques en distinguant les salariés et les anciens salariés ;
- ❖ les délais d'accès au service ;
- ❖ les éventuelles difficultés d'accessibilité identifiées ;
- ❖ les actions correctives mises en œuvre le cas échéant.

Le Titulaire s'engage à présenter ce rapport de manière claire, structurée et exploitable, afin de permettre à la CPP d'assurer le suivi et l'évaluation du dispositif d'accueil.

6.5. Qualité de l'information des assurés

6.5.1. Principes généraux

Le Titulaire est tenu de garantir, pendant toute la durée de l'accord cadre, la délivrance d'une information complète, claire, loyale, accessible et actualisée à destination de l'ensemble des assurés, relative au fonctionnement du régime, aux garanties applicables, aux modalités de prise en charge, aux services proposés ainsi qu'aux droits et obligations des bénéficiaires.

Cette information doit être conçue et diffusée de manière à permettre à chaque assuré de comprendre sans ambiguïté les conditions d'ouverture de ses droits, les modalités de

remboursement des prestations, les dispositifs de tiers payant, les services complémentaires ainsi que les éventuelles évolutions du régime.

Le Titulaire veille à ce que l'information délivrée ne comporte aucune ambiguïté ni contradiction et respecte les exigences réglementaires applicables, notamment en matière d'information contractuelle et précontractuelle, ainsi que les principes de transparence et de loyauté vis-à-vis des assurés.

6.5.2. Élaboration, diffusion et adaptation des supports d'information

Le Titulaire élabore, met à disposition et diffuse l'ensemble des supports d'information nécessaires à la compréhension du régime, incluant notamment les notices d'information, les supports pédagogiques, les contenus digitaux, les outils d'aide à la décision ainsi que tout document permettant d'éclairer les assurés sur leurs droits et les modalités de prise en charge.

Ces supports sont conçus de manière à être adaptés aux différents profils d'assurés, en tenant compte notamment de leur niveau de compréhension, de leur situation personnelle et de leur accès aux outils numériques.

Le Titulaire veille à la qualité rédactionnelle, à la lisibilité et à l'accessibilité de ces supports, en privilégiant une présentation claire, structurée et compréhensible, sans préjudice de l'exhaustivité des informations fournies.

Il assure la diffusion effective de ces supports sur l'ensemble des canaux de communication disponibles, incluant notamment les espaces digitaux, les supports papier, les plateformes de relation client et les dispositifs d'accueil physique.

6.5.3. Mise à jour régulière des contenus

Le Titulaire est tenu d'assurer la mise à jour régulière de l'ensemble des contenus d'information, afin de garantir leur conformité permanente aux dispositions de l'accord du 12 août 2008, à ses avenants, aux décisions de la CPP ainsi qu'aux évolutions législatives et réglementaires.

Toute évolution affectant les garanties, les modalités de prise en charge, les services proposés ou les conditions d'accès au régime doit faire l'objet d'une mise à jour des supports d'information dans des délais compatibles avec les exigences du régime et d'une communication adaptée auprès des assurés.

Le Titulaire met en place des procédures internes permettant de garantir la cohérence entre les différentes versions des supports d'information et d'éviter toute diffusion d'informations obsolètes ou contradictoires.

6.5.4. Cohérence et homogénéité de l'information multi-canaux

Le Titulaire garantit la cohérence et l'homogénéité de l'information délivrée sur l'ensemble des canaux de communication, incluant notamment la plateforme téléphonique, les outils digitaux, les supports écrits et les dispositifs d'accueil physique.

Il met en œuvre des dispositifs de pilotage permettant de s'assurer que les informations délivrées par les différents canaux sont identiques, à jour et conformes aux dispositions du régime.

Il veille à la formation des personnels en contact avec les assurés, afin de garantir une parfaite maîtrise des contenus d'information et une homogénéité des réponses apportées.

6.5.5. Accessibilité de l'information

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant de garantir l'accessibilité de l'information à l'ensemble des assurés, y compris les personnes en situation de handicap, les publics éloignés du numérique ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'information.

Il veille notamment à ce que les supports digitaux respectent les exigences d'accessibilité numérique et à ce que des alternatives non dématérialisées soient disponibles.

Il adapte les modalités de diffusion de l'information afin de garantir une compréhension effective par tous les publics, en tenant compte des spécificités territoriales, en métropole et dans les DROM/COM.

6.5.6. Traçabilité des informations

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs permettant d'assurer la traçabilité des informations diffusées, incluant notamment l'archivage des versions successives des supports d'information et la conservation des contenus diffusés.

Il garantit la capacité à reconstituer, à tout moment, les informations communiquées aux assurés, afin de répondre aux exigences de contrôle, d'audit et de sécurisation juridique du régime.

6.6. Gestion des réclamations et traitement des insatisfactions

6.6.1. Principes généraux

Le Titulaire met en œuvre, pendant toute la durée de l'accord-cadre, un dispositif structuré, complet et accessible de gestion des réclamations et des insatisfactions exprimées par les assurés, visant à garantir un traitement rapide, équitable, transparent et traçable de l'ensemble des demandes.

Ce dispositif a pour finalité d'assurer la prise en compte effective de toute réclamation, d'apporter une réponse adaptée et motivée dans des délais compatibles avec les exigences du régime, et de contribuer à l'amélioration continue de la qualité de service.

Le Titulaire s'engage à ce que ce dispositif couvre l'ensemble des canaux de contact mis à disposition des assurés, incluant notamment la plateforme téléphonique, les outils digitaux, les supports écrits et les dispositifs d'accueil physique, afin de garantir une accessibilité effective à la procédure de réclamation.

6.6.2. Dispositif de réception et d'enregistrement des réclamations

Le Titulaire met en place des procédures permettant de recueillir, d'enregistrer et de qualifier l'ensemble des réclamations exprimées par les assurés, quel que soit le canal utilisé.

Il garantit que chaque réclamation fasse l'objet d'un enregistrement systématique dans un outil dédié, permettant d'assurer sa traçabilité, son suivi et son traitement dans des conditions sécurisées.

Le Titulaire s'assure que les réclamations sont qualifiées selon une typologie pertinente, permettant d'identifier leur nature, leur niveau de complexité, leur degré d'urgence et les thématiques concernées.

Il met en œuvre des dispositifs permettant d'accuser réception des réclamations dans des délais compatibles avec les exigences du régime et d'informer les assurés des modalités de traitement de leur demande.

6.6.3. Modalités de traitement des réclamations

Le Titulaire assure le traitement des réclamations dans des conditions garantissant la qualité, la fiabilité et la pertinence des réponses apportées.

Il met en place des procédures internes permettant d'analyser chaque réclamation, d'identifier les causes de l'insatisfaction, de mobiliser les compétences nécessaires à son traitement et d'apporter une réponse argumentée et adaptée à la situation de l'assuré.

Le Titulaire s'engage à traiter les réclamations dans des délais compatibles avec les exigences du régime et à mettre en œuvre des dispositifs de suivi permettant d'identifier toute dérive dans les délais de traitement et d'engager les actions correctives nécessaires.

Il garantit la clarté, la transparence et la traçabilité des réponses apportées, en veillant à ce qu'elles soient compréhensibles par les assurés et conformes aux dispositions du régime.

6.6.4. Dispositifs d'escalade, de recours et de médiation

Le Titulaire met en place des dispositifs d'escalade permettant de traiter les réclamations complexes ou sensibles, incluant notamment la possibilité de mobiliser des niveaux d'expertise supérieurs ou des interlocuteurs dédiés.

Il informe les assurés des voies de recours disponibles en cas de désaccord persistant, notamment la possibilité de saisir un dispositif de médiation conforme aux exigences réglementaires applicables.

Le Titulaire garantit l'indépendance, l'impartialité et la transparence des procédures de médiation, ainsi que le respect des délais de traitement associés.

Il s'engage à coopérer pleinement avec les instances de médiation et à mettre en œuvre les recommandations formulées, dans la mesure où elles sont compatibles avec les dispositions du régime.

6.6.5. – Analyse des réclamations et mise en œuvre d'actions correctives

Le Titulaire procède à une analyse régulière et approfondie des réclamations reçues, afin d'identifier les causes récurrentes des insatisfactions et les éventuels dysfonctionnements des processus de gestion.

Il met en œuvre des outils d'analyse permettant de croiser les données issues des réclamations avec celles relatives aux prestations, à la relation assurés et aux indicateurs de qualité de service, afin d'identifier les facteurs structurels d'insatisfaction.

Le Titulaire formalise les résultats de ces analyses en identifiant les thématiques prioritaires, les risques associés et les axes d'amélioration.

Sur la base des analyses réalisées, le Titulaire met en œuvre des plans d'actions correctives visant à réduire le nombre de réclamations, à améliorer la qualité de service et à prévenir la récurrence des dysfonctionnements identifiés. Ces plans d'actions précisent les mesures envisagées, les moyens mobilisés, les délais de mise en œuvre et les indicateurs de suivi permettant d'évaluer leur efficacité.

Le Titulaire assure le suivi de la mise en œuvre de ces actions et procède à une évaluation régulière de leur impact, en adaptant, le cas échéant, les dispositifs mis en place.

6.6.6. Suivi des réclamations

Le Titulaire intègre les données issues de la gestion des réclamations dans son dispositif global de suivi de la qualité de service, afin d'assurer une vision cohérente et exhaustive de la performance de la relation assurés.

Il veille à ce que les enseignements tirés des réclamations soient pris en compte dans l'évolution des processus de gestion, des outils et de l'organisation de la relation assurés.

Le Titulaire transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un rapport détaillé relatif à la gestion des réclamations, comprenant notamment :

- ❖ le volume total de réclamations reçues ;
- ❖ leur répartition par typologie et par canal ;
- ❖ les délais moyens de traitement ;
- ❖ les taux de résolution, notamment au premier niveau ;
- ❖ l'identification des principales causes d'insatisfaction ;
- ❖ les actions correctives mises en œuvre ;
- ❖ l'évaluation de leur efficacité.

Le Titulaire s'engage à présenter ce rapport de manière claire, structurée et exploitable, afin de permettre à la CPP d'exercer pleinement ses missions de suivi et de pilotage du régime.

ARTICLE 7. PILOTAGE DU REGIME

7.1.Participation aux instances de suivi et de pilotage du régime

7.1.1. Engagement général de participation aux instances de suivi et de pilotage du régime

Le Titulaire désigne des interlocuteurs dédiés, disposant des compétences techniques, opérationnelles et décisionnelles nécessaires pour assurer la relation avec la CPP et l'UCANSS. Il garantit la disponibilité de ces interlocuteurs, leur continuité et leur capacité à répondre de manière rapide, complète et fiable aux sollicitations

Pendant toute la durée de l'accord-cadre, le Titulaire s'engage à participer activement, de manière régulière, effective et constructive, à l'ensemble des instances de suivi et de pilotage du régime.

Cette participation constitue une obligation essentielle d'exécution de l'accord-cadre et vise à garantir un pilotage continu, éclairé et partagé du régime, en lien étroit avec la CPP et l'UCANSS.

Les réunions se tiennent, sauf disposition contraire, au siège de l'UCANSS.

Le Titulaire participe à l'ensemble des instances de suivi et de pilotage du régime, et notamment :

a) Commission Paritaire de Pilotage (CPP)

La CPP se réunit autant que de besoin et au minimum une fois par trimestre. Un calendrier prévisionnel des réunions est établi en fin d'année N-1 pour l'année N.

À titre indicatif, la CPP se réunit en moyenne sept fois par an.

Le Titulaire est tenu d'y participer de manière systématique et de mobiliser les compétences nécessaires à l'examen des sujets inscrits à l'ordre du jour.

b) Commission du Fonds de solidarité

La Commission du Fonds de solidarité se réunit en principe mensuellement, à l'exception du mois d'août.

Le Titulaire intervient activement dans la préparation et la tenue de la commission en lien avec l'UCANSS, et il met en œuvre les décisions prises.

c) Réunions de suivi UCANSS – Titulaire

L'UCANSS organise, en principe, une réunion mensuelle de suivi de l'exécution de l'accord-cadre avec le Titulaire, à l'exception du mois d'août.

Le Titulaire participe à ces réunions et y présente l'ensemble des éléments relatifs à l'exécution du contrat, à la qualité de service et aux éventuelles difficultés rencontrées.

7.1.2. Obligation de transmission des données et supports

Le Titulaire s'engage à fournir à la Commission Paritaire de Pilotage, à son conseil ainsi qu'à l'UCANSS, l'ensemble des données, informations, documents et supports nécessaires à la préparation, à l'organisation et au bon déroulement des différentes instances de suivi et de pilotage du régime.

Ces éléments doivent être complets, fiables, actualisés et présentés dans un format permettant leur exploitation directe par les instances concernées.

Le Titulaire veille à la cohérence des informations transmises avec celles produites dans le cadre des autres obligations contractuelles de reporting.

7.1.3. Transmission anticipée des éléments nécessaires aux réunions

Le Titulaire transmet à la Commission Paritaire de Pilotage, par l'intermédiaire de l'UCANSS, l'ensemble des données et informations nécessaires à l'organisation et à la tenue des différentes instances de suivi et de pilotage du régime.

Ces éléments sont transmis à l'UCANSS au plus tard dix (10) jours ouvrés avant la date de tenue des réunions concernées.

Le Titulaire s'engage à respecter strictement ce délai, afin de permettre une préparation optimale des travaux des instances et d'assurer la qualité du processus décisionnel.

7.1.4. Qualité, fiabilité et exploitabilité des informations transmises

Le Titulaire garantit la qualité, la fiabilité, l'exhaustivité et la traçabilité des informations transmises.

Il s'assure que les données produites permettent une analyse précise des enjeux du régime et contribuent à une prise de décision éclairée par la Commission Paritaire de Pilotage.

Le Titulaire s'engage à répondre, dans des délais compatibles avec les exigences de pilotage du régime, à toute demande complémentaire formulée par la CPP, son conseil ou l'UCANSS.

7.2. Transmission des données de pilotage du régime

7.2.1. Principes généraux

Le Titulaire met en œuvre un dispositif complet, structuré et sécurisé de transmission des données, permettant d'assurer une alimentation continue, fiable et exploitable du pilotage du régime.

Ce dispositif vise à garantir à la CPP un accès permanent à des données exhaustives, précises et actualisées, permettant d'assurer le suivi opérationnel du régime, l'analyse de ses équilibres et la prise de décision.

Le Titulaire s'engage à assurer la transmission des données dans des conditions garantissant leur intégrité, leur cohérence et leur conformité aux exigences définies par la CPP.

7.2.2. Périodicité de transmission

Le Titulaire transmet, au Conseil de la CPP et de l'UCANSS mensuellement, au plus tard le dix du mois l'ensemble des données nécessaires au suivi courant du régime.

Le Titulaire veille à la régularité, à la ponctualité et à la complétude des transmissions, en mettant en place des procédures internes de suivi des échéances.

7.2.3. Nature des données

Le Titulaire transmet l'ensemble des données nécessaires à une analyse complète du régime, incluant notamment :

- ❖ les données relatives aux bénéficiaires, incluant les effectifs couverts, leur répartition et leur évolution ;
- ❖ les données relatives aux cotisations, incluant les montants collectés et leur ventilation ;
- ❖ les données relatives aux prestations, incluant les montants versés, leur répartition par poste de dépenses et leur évolution ;
- ❖ les données relatives aux délais de traitement et à la qualité de service ;
- ❖ les données relatives aux dispositifs spécifiques du régime.

Le Titulaire veille à ce que les données transmises permettent une analyse fine et détaillée du régime, incluant notamment des restitutions ligne à ligne lorsque cela est requis.

7.2.4. Formats des données

Le Titulaire s'engage à transmettre les données dans des formats ouverts, structurés et directement exploitables, permettant leur analyse par les outils utilisés par la CPP et son Conseil.

Il respecte les nomenclatures, référentiels et formats définis par la CPP, afin de garantir la cohérence des données et leur comparabilité dans le temps.

Le Titulaire veille à documenter les données transmises, en précisant les modalités de calcul, les périmètres retenus et les éventuelles limites d'interprétation.

7.2.5. Qualité des données

Le Titulaire garantit la qualité, la fiabilité et la cohérence des données transmises.

Il met en œuvre des procédures de contrôle interne permettant de vérifier l'exactitude des données, d'identifier les anomalies et de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires.

Le Titulaire s'assure de la cohérence des données entre les différentes sources, notamment entre les données de gestion, les données financières et les comptes du régime.

Il garantit la traçabilité des données transmises, permettant de reconstituer les modalités de leur production et de leur traitement.

7.2.6. Demandes spécifiques

Le Titulaire s'engage à répondre dans des délais compatibles avec les exigences du régime à toute demande complémentaire formulée par la CPP ou l'UCANSS.

Il met en œuvre les moyens nécessaires pour produire des extractions spécifiques, des analyses complémentaires ou des restitutions adaptées aux besoins exprimés.

Le Titulaire garantit sa capacité à adapter les formats, les contenus et la périodicité des données transmises, afin de répondre aux évolutions des besoins de pilotage.

7.2.7. Sécurisation des données

Le Titulaire met en œuvre des dispositifs garantissant la sécurisation des flux de transmission des données, notamment en matière de protection des données à caractère personnel et des données de santé. Il s'assure de la conformité de ces dispositifs aux exigences réglementaires applicables, notamment en matière de protection des données.

Le Titulaire veille à la confidentialité des informations transmises et met en place des mécanismes de contrôle des accès et des habilitations.

7.3.Établissement des comptes de résultat

7.3.1. Principes généraux

Le Titulaire établit des comptes de résultat distincts, conformément aux dispositions de l'accord du 12 août 2008.

Deux comptes de résultat autonomes sont établis, chacun étant associé à une Réserve Générale spécifique, à savoir :

- ❖ un compte de résultat afférent au régime des salariés, correspondant aux opérations relevant du titre I de l'accord du 12 août 2008 ;
- ❖ un compte de résultat afférent au régime des anciens salariés, correspondant aux opérations relevant du titre II de l'accord du 12 août 2008. S'agissant du régime des anciens salariés, deux sous-comptes intermédiaires sont établis, distinguant :
 - d'une part, les résultats afférents aux dispositions des articles 11-1 et 11-2 de l'accord du 12 août 2008 ;
 - d'autre part, les résultats afférents aux dispositions des articles 12 et 13 de l'accord du 12 août 2008.

Les résultats de ces comptes sont strictement indépendants et ne peuvent faire l'objet d'aucune compensation entre eux.

7.3.2. Calendrier d'établissement et modalités de production des comptes

Le Titulaire établit les comptes de résultat selon un calendrier précis permettant d'assurer le pilotage du régime par la CPP. À ce titre :

- ❖ un compte de résultat prévisionnel, arrêté au 30 septembre de chaque année, est établi par le Titulaire et présenté au plus tard lors de la réunion de la CPP de la fin du mois de novembre ;
- ❖ un compte de résultat définitif, arrêté au 31 décembre de l'exercice N, est établi et transmis au plus tard le 31 mai de l'exercice N+1.

Lorsque le Titulaire intervient dans le cadre d'un groupement solidaire en co-assurance, il transmet mensuellement à l'apériteur, désigné mandataire du groupement, l'ensemble des données relatives aux opérations obligatoires et facultatives qu'il gère, afin de permettre la consolidation des comptes dans le respect du calendrier susvisé.

Les comptes de résultat sont communiqués au Conseil de la CPP et de l'UCANSS ainsi qu'à la CPP et à l'UCANSS.

Ils sont établis sous le contrôle de la CPP et, le cas échéant, du Conseil de la CPP et de l'UCANSS.

Le Titulaire présente en outre, lors de la réunion de la CPP du mois de mai de chaque année, la masse des produits financiers afférents à l'exercice clos.

7.3.3. Présentation des comptes de résultat

Les comptes de résultat sont établis au titre de l'exercice N et présentés selon une structure distinguant les éléments portés au crédit et au débit.

Éléments portés au crédit

Sont inscrits au crédit du compte de résultat :

- ❖ les cotisations brutes encaissées au cours de l'exercice N au titre des sinistres de survenance N ;
- ❖ les cotisations brutes encaissées au cours de l'exercice N au titre des survenances antérieures ;
- ❖ les cotisations brutes à recevoir au 31 décembre de l'exercice N, au titre de la survenance N ;
- ❖ les contributions du Fonds de Solidarité destinées au financement des cotisations des anciens salariés ;
- ❖ les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N-1.

Éléments portés au débit

Sont inscrits au débit du compte de résultat :

- ❖ les cotisations brutes à recevoir au 31 décembre de l'exercice N-1 au titre de la survenance N-1 ;
- ❖ les chargements contractuels, à l'exclusion des honoraires des experts ;
- ❖ la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) ;
- ❖ le Forfait Médecin Traitant (FMT) ;
- ❖ les honoraires du Conseil de la CPP et de l'UCANSS ;
- ❖ les prestations payées au cours de l'exercice ;
- ❖ les autres taxes et contributions ;
- ❖ les provisions pour prestations à payer constituées au 31 décembre de l'exercice N.

7.3.4. Détermination des soldes intermédiaires et du solde final

Le solde de l'exercice N est déterminé à partir de la différence entre les éléments portés au crédit et ceux portés au débit. Ce solde est ajusté par :

- ❖ le report de perte non amortie de l'exercice N-1 ;
- ❖ les intérêts débiteurs calculés sur ce report.

Il en résulte un solde intermédiaire dit « solde avant dotation ».

Après prise en compte de la dotation au Fonds de Solidarité, déterminée par la CPP pour chacun des régimes, le solde final au 31 décembre de l'exercice N est établi.

Lorsque le solde est débiteur, il est inscrit au crédit du compte de résultat. Lorsqu'il est créditeur, il est inscrit au débit.

7.3.5. Détail des postes du compte de résultat

Cotisations brutes

Les cotisations brutes comprennent l'ensemble des cotisations afférentes à l'exercice N, incluant les frais de gestion et la Taxe de Solidarité Additionnelle.

Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA)

La Taxe de Solidarité Additionnelle correspond à la taxe issue de la fusion entre la TSA et la taxe spéciale sur les conventions d'assurance applicable aux contrats de complémentaire santé.

Contributions du Fonds de Solidarité

Les contributions du Fonds de Solidarité au financement des cotisations des anciens salariés sont inscrites au crédit du compte de résultat du régime des anciens salariés.

Chargements

Les chargements correspondent aux frais contractuels appliqués aux cotisations nettes de taxes de l'exercice.

Forfait Médecin Traitant (FMT)

Le Forfait Médecin Traitant constitue une contribution due dans les conditions prévues par les dispositions légales applicables.

Honoraires de Conseil

Les honoraires de Conseil comprennent les coûts liés aux prestations du Conseil de la CPP et de l'UCANSS, notamment dans le cadre de l'établissement et de l'analyse des comptes.

Prestations payées

Les prestations payées correspondent à l'ensemble des prestations réglées au cours de l'exercice N, indépendamment de leur année de survenance.

Provisions pour prestations à payer

Les provisions pour prestations à payer permettent de couvrir les charges afférentes à des sinistres survenus mais non encore réglés à la date de clôture.

Les provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N-1 sont reprises au crédit de l'exercice N.

Le montant des provisions constituées au 31 décembre de l'exercice N est déterminé à partir des cadences de règlement observées sur le régime.

Report de perte non amortie et intérêts débiteurs

Le report de perte non amortie correspond au solde débiteur non couvert par les Réserves Générales au 31 décembre de l'exercice précédent.

Les intérêts débiteurs sont calculés sur ce montant sur la base du taux de rendement applicable au régime.

Dotation au Fonds de Solidarité

La dotation au Fonds de Solidarité correspond à une affectation annuelle décidée par la CPP pour chacun des régimes.

Solde final et affectation

Le solde final de l'exercice, après dotation au Fonds de Solidarité, constitue le résultat définitif.

95 % de ce solde est affecté à la Réserve Générale de l'exercice N+1.

7.4. Audits de gestion

7.4.1. Principe général

Le Titulaire s'engage à garantir la pleine auditabilité de la gestion du régime.

À ce titre, il permet la réalisation, à l'initiative de la CPP et/ou de l'UCANSS, de tout audit de gestion, financier, technique, organisationnel ou qualitatif portant sur l'exécution du contrat et la gestion du régime.

Ces audits peuvent être conduits par le Conseil de la CPP et de l'UCANSS ou par tout prestataire mandaté à cet effet.

7.4.2. Modalités de réalisation des audits

Les audits peuvent être réalisés sur site, dans les locaux du Titulaire, ou à distance, ou selon des modalités hybrides combinant présence physique et accès dématérialisé.

Le Titulaire s'engage à adapter son organisation afin de permettre la réalisation de ces audits dans des conditions compatibles avec les exigences de pilotage du régime.

Il garantit un accès aux éléments demandés dans un délai contractuel raisonnable, compatible avec les besoins d'analyse et de contrôle des instances.

7.4.3. Accès aux données

Le Titulaire met à disposition l'ensemble des documents, données, indicateurs, procédures et outils nécessaires à la réalisation des audits. Cet accès porte notamment sur :

- ❖ les données de gestion et de prestations ;
- ❖ les flux financiers et comptables ;
- ❖ les indicateurs de qualité de service ;
- ❖ les procédures internes ;
- ❖ les systèmes d'information et environnements applicatifs utilisés pour la gestion du régime.

Le Titulaire garantit que les informations transmises sont complètes, fiables, actualisées et directement exploitables.

L'accès aux systèmes et aux données est organisé dans le respect des exigences de sécurité, de confidentialité et de protection des données applicables.

7.4.4. Mise à disposition des ressources humaines et accès aux locaux

Le Titulaire met à disposition les interlocuteurs compétents nécessaires à la bonne réalisation des audits, incluant notamment :

- ❖ les membres de la direction ;
- ❖ les responsables techniques ;
- ❖ les responsables financiers ;
- ❖ les responsables conformité et contrôle interne.

Il autorise l'accès aux locaux concernés par l'exécution de l'accord-cadre ainsi qu'aux environnements techniques utilisés pour la gestion du régime, dans des conditions garantissant la sécurité des installations et des systèmes d'information.

7.4.5. Transmission mensuelle des données d'analyse

Le Titulaire transmet mensuellement, au plus tard le 10 de chaque mois, des extractions de données anonymisées, fiables, complètes et exploitables, permettant notamment l'analyse :

- ❖ des flux financiers ;
- ❖ des dépenses de santé ;
- ❖ des prestations versées au titre du régime obligatoire et du régime complémentaire ;
- ❖ des frais de chargement ;
- ❖ des délais de traitement ;
- ❖ des indicateurs de qualité de service ;
- ❖ du respect des engagements contractuels.

Le Titulaire veille à la cohérence de ces données avec celles transmises dans le cadre des autres obligations de reporting.

7.4.6. Principe de transparence et levée du secret professionnel

Le Titulaire s'engage à ne pas opposer le secret commercial ou professionnel pour faire obstacle aux contrôles portant sur la gestion du régime. Toutefois, les informations transmises dans ce cadre sont strictement utilisées aux fins de l'audit et sont couvertes par une obligation de confidentialité à la charge des destinataires.

7.4.7. Mise en œuvre des actions correctives

Lorsque les audits font apparaître des écarts, anomalies ou non-conformités, le Titulaire s'engage à élaborer et mettre en œuvre, dans un délai fixé contradictoirement avec la CPP et l'UCANSS, un plan d'actions correctives précisant notamment :

- ❖ les mesures envisagées ;
- ❖ les délais de mise en œuvre ;
- ❖ les responsables désignés ;
- ❖ les indicateurs de suivi.

Le Titulaire assure le suivi de ces actions et en rend compte régulièrement à la CPP et à l'UCANSS.

7.4.8. Obligation de coopération loyale et proactive

Le Titulaire coopère de manière loyale, transparente et proactive avec le Conseil de la CPP et l'UCANSS dans le cadre de leurs missions de contrôle et d'audit.

Il répond aux sollicitations dans des délais compatibles avec les exigences de pilotage du régime et s'engage à faciliter l'ensemble des démarches d'investigation, d'analyse et de vérification.

ARTICLE 8. DISPOSITIFS CONVENTIONNELS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE (Article L.863-8 du Code de la Sécurité sociale)

8.1.Principe général et cadre juridique

Dans le cadre de l'exécution de l'accord-cadre et des marchés subséquents, le Titulaire met en œuvre des dispositifs conventionnels conclus avec des professionnels et établissements de santé, conformément aux dispositions de l'article L.863-8 du Code de la sécurité sociale.

Ces dispositifs visent à améliorer l'accès aux soins des bénéficiaires, à favoriser la maîtrise des restes à charge et à contribuer à la qualité des prestations délivrées, dans le respect des principes de solidarité et d'équité du régime

8.2. Constitution et périmètre des réseaux conventionnés

Le Titulaire s'engage à disposer, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un tiers gestionnaire de réseau, de conventions conclues avec des professionnels ou établissements de santé.

Ces conventions portent en priorité sur les secteurs présentant des enjeux financiers et sociaux significatifs, notamment :

- ❖ l'optique ;
- ❖ le dentaire ;
- ❖ l'audiologie ;

et, le cas échéant, toute autre spécialité pertinente au regard des besoins du régime.

8.3.Principes de sélection des professionnels de santé

Le Titulaire garantit que la sélection des professionnels et établissements conventionnés repose sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires, conformément aux exigences légales et réglementaires applicables.

Il veille à assurer l'égalité d'accès des professionnels aux dispositifs conventionnels et à prévenir toute pratique susceptible de porter atteinte aux principes de libre concurrence et de neutralité.

8.4. Couverture territoriale et accessibilité du réseau

Le Titulaire garantit une couverture territoriale suffisante du réseau conventionné, permettant un accès effectif des bénéficiaires sur l'ensemble du territoire national.

Il veille à ce que ce réseau couvre également les zones caractérisées par une densité médicale plus faible, afin de garantir l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble des assurés.

8.5. Avantages offerts aux bénéficiaires

Le Titulaire s'engage à permettre aux bénéficiaires de bénéficier, auprès des professionnels conventionnés, d'avantages effectifs, incluant notamment :

- ❖ la limitation des dépassements tarifaires ;
- ❖ la maîtrise des restes à charge ;
- ❖ la mise en œuvre du tiers payant ;
- ❖ le cas échéant, des engagements renforcés en matière de qualité des prestations.

Ces avantages doivent être réels, mesurables et conformes aux objectifs du régime.

8.6. Information des bénéficiaires

Le Titulaire met à disposition des assurés une information claire, accessible, actualisée et facilement exploitable relative aux professionnels conventionnés, comprenant notamment :

- ❖ un annuaire en ligne ;
- ❖ des outils de géolocalisation ;
- ❖ les conditions tarifaires applicables ;
- ❖ les engagements de qualité des professionnels conventionnés.

Ces informations sont accessibles via les outils numériques du régime ainsi que par tout autre support adapté.

8.7. Respect du libre choix du professionnel de santé

Le Titulaire garantit que l'existence et le fonctionnement des dispositifs conventionnels ne portent pas atteinte au libre choix du professionnel de santé par l'assuré.

Aucune contrainte directe ou indirecte ne peut être exercée sur les bénéficiaires dans le choix de leur praticien, dans le respect des principes fondamentaux de la protection sociale complémentaire.

8.8. Suivi et évaluation de la performance des dispositifs conventionnels

Le Titulaire met en place un dispositif structuré de suivi et d'évaluation de la performance des dispositifs conventionnels, portant notamment sur :

- ❖ l'évolution des restes à charge ;
- ❖ le taux de recours aux professionnels conventionnés ;
- ❖ la qualité des prestations délivrées ;
- ❖ la satisfaction des bénéficiaires.

Le Titulaire procède à une analyse régulière de ces indicateurs et met en œuvre, le cas échéant, les actions nécessaires à l'amélioration continue des dispositifs.

Le Titulaire transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année suivant l'exercice concerné, un bilan détaillé du fonctionnement des dispositifs conventionnels, comprenant notamment :

- ❖ une présentation des dispositifs conventionnels ;
- ❖ les indicateurs quantitatifs relatifs à leur utilisation ;
- ❖ les indicateurs qualitatifs relatifs à la qualité des prestations ;
- ❖ l'analyse de l'impact sur les restes à charge ;
- ❖ les résultats en matière de satisfaction des bénéficiaires ;
- ❖ les actions d'amélioration mises en œuvre ou envisagées.

Les informations transmises sont présentées de manière claire, structurée, argumentée et directement exploitable, afin de permettre un pilotage précis par la CPP.

ARTICLE 9. PREVENTION DES RISQUES

9.1. Principes généraux

Le Titulaire met en œuvre des actions et services en matière de prévention des risques santé, destinés à améliorer durablement l'état de santé des bénéficiaires, à favoriser l'accès aux soins et à contribuer à la maîtrise des restes à charge.

Ces actions s'inscrivent dans une logique de complémentarité avec les dispositifs de prévention portés par l'Assurance Maladie Obligatoire et sont mises en œuvre dans le respect des orientations définies par la Commission Paritaire de Pilotage.

Il est expressément précisé que la mise en œuvre des actions de prévention est subordonnée à une décision préalable de la Commission Paritaire de Pilotage.

9.2. Nature des actions de prévention proposées

Le Titulaire s'engage à proposer des actions de prévention adaptées aux besoins des bénéficiaires, comprenant à la fois des dispositifs collectifs et individuels.

Les actions collectives incluent notamment/

- ❖ des diagnostics de prévention ;
- ❖ des actions de sensibilisation ;
- ❖ des outils méthodologiques ;
- ❖ un appui à la mise en œuvre d'actions ciblées.

Les actions individuelles incluent notamment :

- ❖ des dispositifs d'accompagnement personnalisé ;
- ❖ des programmes de coaching santé ;
- ❖ des actions de dépistage.

Ces actions sont conçues de manière à répondre aux enjeux prioritaires de santé publique et aux spécificités des populations couvertes par le régime.

9.3. Mise à disposition de services et outils de prévention

Le Titulaire met à disposition des assurés des services et outils de prévention accessibles, incluant notamment :

- ❖ des ateliers et sessions collectives ;
- ❖ des webinaires ;
- ❖ des bilans de prévention ;
- ❖ des programmes d'accompagnement ;
- ❖ des outils numériques dédiés ;
- ❖ des campagnes d'information.

Ces dispositifs sont conçus pour prévenir les principaux risques santé et favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé.

9.4. Accessibilité territoriale et égalité d'accès

Le Titulaire garantit l'accessibilité effective des actions et services de prévention à l'ensemble des bénéficiaires, sans discrimination.

Il veille à assurer une couverture territoriale complète, incluant l'ensemble du territoire y compris dans les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer (DROM/COM).

Les modalités de déploiement tiennent compte des spécificités territoriales et des besoins des populations concernées.

9.5. Suivi et évaluation des actions de prévention

Le Titulaire met en place un dispositif structuré de suivi et d'évaluation des actions de prévention mises en œuvre. Ce suivi repose sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, incluant notamment :

- ❖ les taux de participation ;
- ❖ les taux de satisfaction des bénéficiaires ;
- ❖ les indicateurs d'impact des actions menées.

Le Titulaire procède à une analyse régulière de ces indicateurs afin d'évaluer l'efficacité des dispositifs et d'identifier les axes d'amélioration.

9.6. Transparence et financement des actions de prévention

Le Titulaire identifie de manière claire, précise et transparente les moyens financiers consacrés aux actions de prévention dans le cadre de l'accord-cadre.

Il garantit que le financement des actions proposées respecte strictement les dispositions de l'article 16.2 de l'accord du 12 août 2008 et qu'il est compatible avec l'équilibre global du régime.

Le Titulaire veille à assurer une utilisation efficiente des ressources mobilisées, dans une logique de performance et de soutenabilité financière.

9.7. Reporting financier et qualitatif à la CPP et à l'UCANSS

Le Titulaire transmet annuellement à la CPP et à l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année N+1, un bilan détaillé des actions de prévention mises en œuvre, comprenant notamment :

- ❖ le montant des crédits engagés ;
- ❖ la ventilation des dépenses ;
- ❖ les indicateurs de participation ;
- ❖ les indicateurs de satisfaction ;
- ❖ une évaluation de l'impact des actions sur les dépenses de prestations, lorsque cette évaluation est possible.

Les informations transmises sont présentées de manière claire, structurée, argumentée et directement exploitable, afin de permettre à la CPP d'assurer un pilotage précis des actions de prévention.

ARTICLE 10. DISPOSITIFS DE COMMUNICATION

10.1. Principes généraux relatifs à l'information des assurés et des souscripteurs

Dans le cadre de l'exécution de l'accord-cadre et des marchés subséquents, le Titulaire met en œuvre des dispositifs d'information et de communication garantissant une information complète, loyale, transparente et accessible à l'ensemble des souscripteurs et des bénéficiaires.

Ces dispositifs visent à permettre une parfaite compréhension des droits, obligations et modalités de fonctionnement du régime, ainsi qu'une appropriation effective des garanties et services proposés.

10.2. Notice d'information contractuelle

Le Titulaire s'engage à fournir aux souscripteurs, dès la souscription, une notice d'information permettant aux bénéficiaires de disposer d'une information complète, claire et transparente relative à leurs droits et obligations. Cette notice présente notamment :

- ❖ les garanties du régime ;
- ❖ les conditions d'affiliation et de maintien des droits ;
- ❖ les modalités de prise en charge ;
- ❖ les obligations des bénéficiaires.

Le Titulaire procède à la mise à jour de la notice d'information au minimum une fois par an et à chaque évolution réglementaire, législative ou contractuelle impactant le régime.

Toute nouvelle version de la notice est transmise à chaque organisme souscripteur ainsi qu'à chaque ancien salarié adhérent, dans des conditions garantissant une information effective et actualisée.

10.3. Élaboration et mise en œuvre du plan de communication

Le Titulaire élabore et met en œuvre un plan de communication structuré, opérationnel et cohérent avec la date d'entrée en vigueur du contrat, les contraintes organisationnelles de l'UCANSS et celles des organismes du Régime général de Sécurité Sociale.

Ce plan est conçu en articulation avec les actions de communication mises en œuvre par l'UCANSS et fait l'objet d'une validation préalable par cette dernière avant toute mise en œuvre.

Le plan de communication vise à assurer une diffusion claire, homogène et efficace de l'information relative au régime.

10.4. Contenu et qualité des actions de communication

Le Titulaire garantit une information exhaustive relative aux garanties, aux droits et aux obligations inhérents au régime complémentaire santé.

Il met en œuvre des actions de communication permettant :

- ❖ d'accompagner les salariés, les anciens salariés et leurs ayants droit dans la compréhension du régime ;
- ❖ de favoriser l'appropriation des dispositifs et des services proposés ;
- ❖ d'adapter l'information aux différentes situations rencontrées, notamment lors de l'embauche, des mobilités professionnelles, des suspensions de contrat, des départs à la retraite et des situations de portabilité.

Le Titulaire fournit des exemples de supports de communication ainsi que les liens d'accès aux outils numériques dédiés, afin de permettre l'évaluation de la qualité et de la pertinence des dispositifs proposés.

10.5. Accessibilité et diffusion des supports d'information

Le Titulaire veille à ce que les supports d'information et de communication soient accessibles, compréhensibles et adaptés aux différents publics.

Il met à disposition ces supports via des canaux diversifiés, incluant notamment les outils numériques et tout autre support pertinent permettant d'assurer une diffusion effective de l'information.

10.6. Interlocuteur dédié à la mise en place et au suivi du régime

Le Titulaire affecte au moins un interlocuteur dédié à la mise en place du régime et à son suivi pendant toute la durée de l'accord-cadre.

Cet interlocuteur justifie d'une expérience minimale de cinq années dans la gestion de régimes collectifs de complémentaire santé d'envergure nationale ou multi-établissements. Il constitue le point de contact privilégié de l'UCANSS, de la CPP et des organismes.

10.7. Continuité et qualité de l'interlocution

En cas de remplacement de l'interlocuteur dédié en cours d'exécution de l'accord-cadre, le Titulaire s'engage à proposer un profil présentant un niveau de qualification et d'expérience au moins équivalent.

Le Titulaire garantit la continuité de la qualité de l'interlocution et la transmission des informations nécessaires à la bonne continuité de la gestion du régime.

ARTICLE 11. SERVICES COMPLÉMENTAIRES

11.1. Principes généraux et financement des services complémentaires

Le Titulaire met en œuvre, en sus des garanties du régime, des services complémentaires destinés à améliorer l'accès aux soins, à sécuriser les parcours de santé et à renforcer la qualité de la prise en charge des bénéficiaires.

Ces services sont financés par les frais de chargement du Titulaire et sont proposés sans coût supplémentaire pour les bénéficiaires, sauf stipulation contraire expressément prévue.

Le Titulaire garantit la continuité, la qualité, l'accessibilité et la conformité réglementaire de l'ensemble des services complémentaires mis en œuvre.

11.2. Service d'assistance

Le Titulaire met à disposition de l'ensemble des bénéficiaires du régime des garanties d'assistance dédiées, notamment en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile, d'événements familiaux graves ou de situations de fragilité.

Le service d'assistance est accessible à tous les bénéficiaires, notamment par voie téléphonique ou numérique, et permet la réception, l'instruction et le traitement des demandes dans des conditions garantissant leur prise en charge effective.

Le Titulaire garantit :

- ❖ la continuité et la fiabilité du service ;
- ❖ la qualité des prestations délivrées ;
- ❖ la mise à disposition d'une plateforme d'assistance disposant de moyens humains et techniques adaptés ;
- ❖ l'existence de procédures internes de traitement, de suivi et de contrôle des demandes ;
- ❖ la traçabilité complète des interventions réalisées au titre des garanties d'assistance.

Le Titulaire met à disposition de l'ensemble des bénéficiaires les informations nécessaires relatives aux garanties d'assistance, à leurs modalités d'accès et à leurs conditions de mise en œuvre, au moyen de supports adaptés.

11.3. Service de téléconsultation médicale

Le Titulaire met à disposition de l'ensemble des bénéficiaires un service de téléconsultation médicale accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, permettant la consultation à distance d'un professionnel de santé qualifié.

Ce service repose sur un dispositif sécurisé de communication, notamment audiovisuelle, garantissant la confidentialité des échanges et la protection des données de santé.

Le Titulaire garantit :

- ❖ une accessibilité continue du service, y compris en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux ;
- ❖ des délais de prise en charge compatibles avec les besoins des bénéficiaires ;
- ❖ la qualification des professionnels de santé intervenant, régulièrement inscrits auprès des autorités compétentes et exerçant en France ;
- ❖ le respect des dispositions légales et réglementaires applicables, notamment en matière de télémédecine et de protection des données de santé.

Le Titulaire assure l'information des bénéficiaires sur les modalités d'accès au service de téléconsultation médicale au moyen de supports d'information adaptés.

11.4. Services de deuxième avis médical

Le Titulaire met à disposition de l'ensemble des bénéficiaires un service de deuxième avis médical permettant l'analyse d'un diagnostic, d'un traitement envisagé ou d'une intervention médicale par un médecin spécialiste compétent pour la pathologie concernée.

Le Titulaire garantit :

- ❖ la qualification et l'indépendance des médecins sollicités, régulièrement inscrits auprès des autorités compétentes et exerçant en France
- ❖ la confidentialité et la sécurité des données médicales transmises
- ❖ un délai de réponse aux bénéficiaires n'excédant pas sept (7) jours.

Le Titulaire assure l'information des bénéficiaires sur les modalités d'accès à ce service au moyen de supports d'information adaptés.

11.5. Information des bénéficiaires et accessibilité des services

Le Titulaire met à disposition des bénéficiaires une information claire, accessible, complète et actualisée relative à l'ensemble des services complémentaires, à leurs modalités d'accès et à leurs conditions de mise en œuvre.

Il veille à garantir une accessibilité effective des services pour l'ensemble des bénéficiaires, quels que soient leur situation et leur lieu de résidence.

11.6. Suivi, évaluation et reporting des services complémentaires

Le Titulaire met en place un dispositif structuré de suivi et d'évaluation de l'ensemble des services complémentaires.

Il transmet annuellement à la Commission Paritaire de Pilotage, par l'intermédiaire de l'UCANSS, au plus tard le 30 juin de l'année N+1, des rapports d'activité distincts permettant d'apprécier le coût, la qualité et l'utilisation des services.

a) Reporting relatif au service d'assistance

Le rapport relatif au service d'assistance comprend notamment :

- ❖ le coût annuel du service ;
- ❖ le nombre de demandes d'assistance reçues ;
- ❖ le nombre de demandes d'assistance acceptées ;
- ❖ la ventilation des demandes par type de prestations ;
- ❖ le délai moyen de traitement ;
- ❖ les principaux motifs de refus ;
- ❖ les éventuelles difficultés rencontrées ;
- ❖ le traitement des réclamations ;
- ❖ la satisfaction des usagers ;
- ❖ les actions d'amélioration mises en œuvre.

b) Reporting relatif au service de téléconsultation médicale

Le rapport relatif au service de téléconsultation médicale comprend notamment :

- ❖ le coût annuel du service ;
- ❖ le volume de sollicitations ;
- ❖ les spécialités consultées ;
- ❖ les délais moyens de prise en charge ;
- ❖ le taux de prise en charge ;
- ❖ le taux moyen de disponibilité du service ;
- ❖ la satisfaction des usagers.

c) Reporting relatif au service de deuxième avis médical

Le rapport relatif au service de deuxième avis médical comprend notamment :

- ❖ le coût annuel du service ;
- ❖ le volume de sollicitations ;
- ❖ les spécialités concernées ;
- ❖ le taux de prise en charge ;
- ❖ les délais moyens de prise en charge initiale ;
- ❖ le taux moyen de disponibilité du service ;
- ❖ la satisfaction des usagers.

Les informations transmises sont présentées de manière claire, structurée, exhaustive et directement exploitable, afin de permettre à la CPP d'assurer un pilotage précis et éclairé des services complémentaires.

ARTICLE 12. TRANSFERT DES DONNÉES ET RÉVERSIBILITÉ

12.1. Principe général de réversibilité et continuité du service

À l'issue de l'accord-cadre et des marchés subséquents, pour quelque cause que ce soit, notamment en cas d'échéance normale, de résiliation anticipée ou de non-renouvellement, le Titulaire s'engage à mettre en œuvre l'ensemble des opérations de réversibilité nécessaires au transfert du dispositif vers le nouveau Titulaire.

Ces opérations sont réalisées dans des conditions garantissant :

- ❖ la continuité du service ;
- ❖ la continuité des droits des bénéficiaires ;
- ❖ la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données.

12.2. Périmètre des données à transférer

Le Titulaire met à disposition et transfère au nouveau Titulaire l'ensemble des données nécessaires à la reprise complète et immédiate de la gestion du régime, comprenant notamment :

- ❖ les données relatives aux bénéficiaires, incluant les assurés et leurs ayants droit ;
- ❖ les informations relatives aux garanties souscrites et aux droits ouverts ;
- ❖ les historiques de gestion nécessaires à la continuité du service ;
- ❖ les prestations en cours de traitement ;
- ❖ les éléments relatifs aux compteurs de droits et de consommation.

Le Titulaire garantit le caractère exhaustif, fiable et à jour des données transmises.

12.3. Format, qualité et documentation des données

Le Titulaire fournit les données dans un format structuré, exploitable et documenté, permettant leur intégration directe par le nouveau Titulaire.

Il accompagne la transmission des données de toute documentation technique utile, décrivant notamment :

- la structure des fichiers ;
- la nature et la signification des données ;
- les règles de gestion associées.

Le Titulaire veille à la qualité, à la cohérence et à l'exploitabilité des données transmises.

12.4. Délais de transmission des données

Le Titulaire procède à la transmission complète des données au plus tard soixante (60) jours avant le terme de l'accord-cadre et des marchés subséquents.

Il s'engage à respecter ce délai afin de garantir une reprise effective du régime dans des conditions optimales par le nouveau Titulaire.

12.5. Assistance à la phase de transition

Le Titulaire apporte l'assistance nécessaire à la phase de transition, afin de garantir la continuité du service et la bonne reprise des activités par le nouveau Titulaire.

À ce titre, il participe aux réunions de coordination organisées par l'UCANSS, et met à disposition de l'UCANSS un interlocuteur technique dédié chargé du suivi des opérations de transfert.

Cet interlocuteur est désigné et mis à disposition de l'UCANSS dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrés suivant la notification de la résiliation de l'accord-cadre.

Le Titulaire s'engage à coopérer de manière active et loyale pendant toute la durée de la phase de transition.

12.6. Sécurité, confidentialité et conformité réglementaire

Le Titulaire garantit la sécurité, l'intégrité et la confidentialité des données transférées.

Il s'assure que les opérations de transfert sont réalisées dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables, notamment en matière de protection des données à caractère personnel et de données de santé.

12.7. Suppression et archivage des données

À l'issue des opérations de transfert, et après confirmation par l'UCANSS de la bonne réception des données et de leur qualité, le Titulaire procède, dans les conditions prévues par la réglementation applicable, à la suppression des données dont la conservation n'est plus justifiée, ou leur archivage lorsque des obligations légales ou réglementaires l'imposent.

Le Titulaire garantit la traçabilité des opérations de suppression ou d'archivage.

12.8. Caractère obligatoire et gratuit du transfert

Le Titulaire ne peut s'opposer au transfert des données nécessaires à la continuité du service et des droits vers le nouveau Titulaire.

Le transfert des données, ainsi que l'ensemble des opérations de réversibilité, ne donnent lieu à aucune facturation supplémentaire.

Ces obligations constituent une condition essentielle de l'exécution de l'accord-cadre.