



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Secrétariat général du Gouvernement
Direction des services administratifs et financiers

Protection sociale complémentaire
Lot 1 : Volet « risques santé »

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

Numéro de la consultation

23_BAM_079_PAN

Sommaire

ARTICLE 1 : PREAMBULE - CONTEXTE	4
ARTICLE 2 : OBJET DU MARCHÉ	4
ARTICLE 3 : PÉRIMÈTRE DU MARCHÉ.....	5
ARTICLE 4 : BENEFICIAIRES.....	6
4.1 Bénéficiaires à titre obligatoire.....	6
4.2 Bénéficiaires à titre facultatif.....	6
4.3 Cas de dispenses d'adhésion, sur présentation de justificatifs.....	7
ARTICLE 5 : CONTENU DES PRESTATIONS.....	7
5.1 Périmètre de la couverture.....	7
5.2 Niveau des prestations de couverture	8
5.2.1 Garantie de base.....	8
5.2.2 Garanties optionnelles.....	8
5.3 Assistance.....	8
5.4 Actions de prévention.....	9
5.5 Accompagnement social	9
5.6 Participation aux bénéfices	9
5.7 Support administratif et de gestion.....	10
ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES	10
6.1 Prise d'effet	10
6.2 Formalités d'adhésion	11
6.3 Cessation des garanties.....	11
6.4 Résiliation de la couverture individuelle d'un bénéficiaire ou de ses ayants-droit	12
6.4.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative du titulaire.....	12
6.4.2 Résiliation de l'adhésion à l'initiative du bénéficiaire.....	12
6.5 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail	13
ARTICLE 7 : COTISATIONS	13
7.1 Régime de base.....	13
7.1.1 Cotisation d'équilibre	13
7.1.2 Cotisations additionnelles.....	13
7.1.3 Cotisations applicables aux différentes personnes couvertes.....	14
7.2 Options	16

7.3	Frais et chargements de gestion	16
7.4	Détermination des cotisations.....	17
7.4.1	Régime de base	17
7.4.2	Options.....	17
7.4.3	Revalorisation des cotisations	17
7.4.4	Fonds d'aide aux retraités	18
ARTICLE 8 : PRESTATIONS DE SUPPORT ADMINISTRATIF DE GESTION.....		18
8.1	Interlocuteurs dédiés.....	18
8.2	Gestion des adhésions.....	19
8.3	Gestion des cotisations	19
8.4	Gestion des prestations	20
8.4.1	Engagements de délais de traitement.....	20
8.4.2	Réseau de soins ou équivalent.....	21
8.5	Services aux assurés	21
8.6	Mise à disposition d'un extranet RH	21
8.7	Assistance et télémedecine.....	22
8.8	Communication.....	22
8.9	Suivi de la qualité de la gestion.....	22
8.10	Gestion du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités.....	22
8.11	Suivi technique du régime et comitologie	22
8.12	Calendrier annuel type.....	23
8.13	Mise à jour des éléments contractuels des contrats collectifs.....	24
ARTICLE 9 : MISE EN OEUVRE DE LA PSC DANS LES SYSTEMES D'INFORMATION - EXIGENCES TECHNIQUES		24
9.1	Flux de de données entre le titulaire et le/les employeurs	25
9.2	Flux de données entre le titulaire et l'agent	26
9.3	Flux de de données entre la DGFIP/Net-entreprise et le titulaire	26

ARTICLE 1 : PREAMBULE - CONTEXTE

Le dispositif juridique relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais de santé dans la fonction publique de l'Etat pose un cadre ambitieux qui permet d'offrir aux agents un régime de protection sociale complémentaire en santé de qualité, fondé sur un socle interministériel de garanties santé, dans le cadre de contrats collectifs avec une participation financière de l'Employeur.

Cette prestation sociale de couverture des risques santé contribue à l'amélioration des conditions d'emploi des agents et au maintien de leur niveau de vie. Elle constitue également un facteur d'attractivité de l'Employeur.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 rendent obligatoire l'adhésion à la couverture de protection sociale complémentaire santé. Cette adhésion obligatoire permet aux agents de bénéficier de tarifs collectifs plus favorables et de garanties de frais de santé plus couvrantes dans le cadre d'un contrat mutualisé.

Ce régime succède au dispositif temporaire de remboursement d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire santé des agents civils de l'Etat.

La négociation collective menée au sein de la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS) a conduit à définir, dans le respect de la réglementation en vigueur et dans le cadre du périmètre défini par l'accord de méthode du 14 septembre 2022 entre les organisations syndicales représentatives et les représentants des Services de la Première Ministre, et des établissements et des autorités qui lui sont rattachées budgétairement, les modalités, conditions et garanties du régime d'assurance collective complémentaire obligatoire santé qui sont présentées dans ce document.

Dans la suite du document :

- Le terme agent désigne les agents actifs des SPM ou agents retraités ayant terminé leur activité au sein des SPM.
- Le terme Employeur désigne l'ensemble des services et établissements du périmètre décrit à l'article 3 (désignés parfois par le terme les employeurs pour les mentionner individuellement)
- Le terme gestionnaire désigne les services de gestion RH de l'Employeur
- Le terme CPPS désigne la commission Paritaire de Pilotage et de Suivi définie aux articles 28 et 29 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

ARTICLE 2 : OBJET DU MARCHÉ

Le présent marché a pour objet la sélection d'un organisme d'assurance pour couvrir et gérer les risques santé à destination des agents, dont les retraités, et de leurs ayants droit des entités relevant du périmètre des Services de la Première ministre.

Il donnera lieu à la signature de plusieurs contrats collectifs, sous réserve des demandes de dispense :

- un contrat à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents actifs, relatif aux garanties de base ;
- un contrat à caractère collectif et à adhésion facultative pour les agents retraités, relatif aux garanties de base ;
- un contrat à caractère collectif et à adhésion facultative pour les ayants droit des agents actifs et retraités, relatif aux garanties de base ;
- un ou plusieurs contrats collectifs à adhésion facultative pour les garanties optionnelles (sous réserve que les garanties soient présentées de manière identique aux 3 catégories de bénéficiaires).

ARTICLE 3 : PÉRIMÈTRE DU MARCHÉ

Le marché est conclu au bénéfice des services centraux de la Première Ministre et des autorités qui lui sont budgétairement rattachées.

Ce périmètre sera désigné dans tout le document comme « les SPM ». Il correspond à l'ensemble des services, établissements et autorités suivants :

- Les services et établissements publics relevant du comité social d'administration ministériel (liste non exhaustive) :
 - Secrétariat général du Gouvernement ;
 - Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale ;
 - Commissariat général à la stratégie et à la prospective – France Stratégie ;
 - Secrétariat général de la Mer ;
 - Direction des services administratifs et financiers du Premier ministre ;
 - Direction interministérielle du numérique ;
 - Secrétariat général pour l'investissement ;
 - Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme ;
 - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives ;
 - Secrétariat général du comité interministériel du handicap ;
 - Secrétariat général à la Planification écologique ;
 - Délégation interministérielle à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT ;
 - Délégation interministérielle aux jeux olympiques et paralympiques 2024 ;
 - Direction de l'information légale et administrative ;
 - Service d'information du Gouvernement ;
 - Coordination nationale du renseignement et de la lutte contre le terrorisme ;
 - Inspection des services du renseignement ;
 - Académie du renseignement ;
 - Commission d'indemnisation des victimes de spoliations ;
 - Commission nationale consultative des droits de l'homme ;
 - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé ;
 - Institut national du service public ;
 - Institut des hautes études de défense nationale.
- Les autorités administratives indépendantes rattachées budgétairement à la Première ministre :
 - Défenseur des droits ;
 - Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique ;
 - Haute autorité pour la transparence de la vie publique ;
 - Commission nationale de l'informatique et des libertés ;
 - Commission d'accès aux documents administratifs ;
 - Commission nationale de contrôle des techniques de renseignement ;
 - Commission du secret de la défense nationale ;
 - Commission pour l'indemnisation des victimes des essais nucléaires ;
 - Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Le périmètre ainsi défini sera automatiquement étendu aux services qui rejoindront ultérieurement les services de la Première ministre (par voie de rattachement ou création) **dans le cas où des personnels transférés bénéficient collectivement d'un ou plusieurs contrat(s) ayant le même objet que le présent marché, un avenant viendra formaliser leur entrée dans le périmètre avec le transfert des données vers les services gestionnaires et éventuellement l'opérateur économique chargé de transférer les prestations.** L'adhésion des autorités indépendantes et des établissements se fera à leur initiative, par

voie d'avenant au présent accord, **celui-ci prendra en compte l'éventuel transfert de responsabilités et de données d'un opérateur économique ayant la charge des contrats préexistants vers le titulaire.**

Si, a contrario, une entité ou un service venait à quitter le périmètre des services de la Première ministre, un avenant viendra formaliser la sortie de cette entité du périmètre et le transfert des données vers les services gestionnaires et éventuellement l'opérateur économique chargé de prendre le relais sur les prestations, le cas échéant.

Le périmètre comprend des bénéficiaires relevant du régime général ainsi que du régime local Alsace-Moselle.

ARTICLE 4 : BENEFICIAIRES

4.1 Bénéficiaires à titre obligatoire

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

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des établissements et Autorités indépendantes). Il s'agit entre autres :

- des fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- des élèves et stagiaires du cycle préparatoire employés et rémunérés par l'INSP ;
- des agents contractuels de droit public et ceux de droit privé (si ces derniers ne sont pas couverts par un contrat collectif obligatoire) ;
- des apprentis ;
- des ouvriers de l'Etat ;
- des militaires.

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

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

4.2 Bénéficiaires à titre facultatif

Les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer aux contrats collectifs, pour l'ensemble des prestations objet du présent marché.

Une information relative à la mise en place des contrats collectifs sera communiquée aux bénéficiaires retraités relevant du périmètre sur la base des données à disposition de l'Employeur au moment de leur mise en place.

Par ayants droit d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, il est entendu :

- conjoint non séparé de corps ;
- partenaire de PACS ;
- concubin ;
- enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :

- âgé de moins de 21 ans ;
- âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi ;
- reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

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

4.3 Cas de dispenses d'adhésion, sur présentation de justificatifs

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains agents répondant aux situations mentionnées ci-après, peuvent être dispensés d'adhésion :

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

Les agents remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent formuler leur demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires. Pendant la période de mise en place des contrats, la gestion des dispenses est assurée par le titulaire. Par la suite, en période courante d'exécution des contrats c'est l'Employeur qui gère et conservera les demandes de dispenses et les justificatifs y afférents.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou de déclarations sur l'honneur de l'agent à l'Employeur, à défaut, le titulaire du présent marché en sera informé par l'Employeur et les agents concernés devront être immédiatement affiliés au régime par le titulaire.

ARTICLE 5 : CONTENU DES PRESTATIONS

5.1 Périmètre de la couverture

Le régime frais de santé de base est :

- à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents
- et à adhésion facultative pour les retraités et ayants droit.

Il est complété par des dispositifs optionnels (option A, option B et option C) à adhésion facultative pour les agents, les retraités, et les ayants droit.

Sont garantis tous les actes et frais ayant fait l'objet d'une intervention d'un des régimes de base de la Sécurité sociale, au titre de la législation maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, mais ayant un

lien avec les risques couverts par le régime légal et précisés dans le tableau de garanties figurant dans l'Annexe 1 - Grilles de garanties.

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

5.2 Niveau des prestations de couverture

Le contenu des garanties et le niveau des prestations sont décrits dans l'Annexe 1 – Grille de garanties.

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

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

5.2.1 Garantie de base

La garantie de base ainsi que les montants de remboursement, définis par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais santé, seront repris dans le contrat collectif. L'adhésion à la garantie de base, correspondant au panier de soins interministériel, est obligatoire pour tout agent actif.

5.2.2 Garanties optionnelles

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

Conformément aux dispositions du décret du 22 avril 2022, ces garanties font l'objet d'un contrat distinct de celui portant sur la garantie de base.

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

5.2.3 Exclusions

Ne sont pas pris en charge par le titulaire :

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

5.3 Assistance

Le titulaire propose des garanties assistance en complément des garanties frais de santé proposées.

Ces garanties sont décrites dans le cadre de réponse technique.

5.4 Actions de prévention

Des actions de prévention en santé à destination des bénéficiaires sont mises en œuvre par l'organisme complémentaire avec lequel les contrats collectifs sont conclus. Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'Employeur met en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail. Elles doivent être mises en œuvre dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants au sein du périmètre des services, des établissements et autorités concernés (cf. Annexe 4 - Document actions_UROPS.pdf)

Les actions de prévention portent notamment sur les thèmes suivants :

- réalisation de campagnes de prévention, y compris sur les risques psycho-sociaux ;
- mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- diffusion des contenus d'information santé ;
- téléconsultation, Deuxième avis médical ;
- dépistage du Cholestérol ; Dépistage de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ;
- coaching bien-être (nutrition, sommeil, conduites addictives).

Le titulaire propose annuellement un programme d'actions de prévention qui doit mis en œuvre par ce dernier pour l'année suivante, après approbation de la CPPS. Les actions proposées sont décrites dans l'offre du titulaire.

5.5 Accompagnement social

Les bénéficiaires du contrat collectif peuvent bénéficier de prestations d'accompagnement social au regard de leur état de santé. La nature de cet accompagnement variera en fonction de l'état de santé de chaque bénéficiaire et ses ressources. Ces prestations ne se substituent pas aux prestations d'assistance décrites au 5.3.

Le financement de ces prestations est assuré par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif, à 0,5 % des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif (cf. 7.1.2).

Ce taux peut être modifié chaque année par la CPPS.

Par ailleurs, les critères et modalités d'attribution du fonds social est déterminés par la CPPS.

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

En cas de résiliation, le solde du fonds est transféré au nouvel assureur éventuel dans un délai maximal de 6 mois.

Les modalités de gestion et de rémunération de ce fonds sont décrites dans l'offre du titulaire.

5.6 Participation aux bénéfices

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place.

Le taux d'attribution attaché à cette participation aux bénéfices ne peut pas être inférieur à 90% du résultat technique.

Cette participation aux bénéfices alimente une réserve de participation, gérée chez le titulaire.

Chaque année, cette réserve est :

- alimentée de la quote-part de résultats techniques s'ils sont positifs et des éventuelles pénalités telles que décrites dans le CCAP ;
- prélevée, dans la limite de son montant, d'une quote-part des résultats techniques s'ils sont négatifs, cette quote-part étant égale au taux d'attribution attaché à la participation aux bénéfices.

Les modalités de fonctionnement et de rémunération de cette participation aux bénéfices sont précisées dans le mémoire technique du titulaire.

Les modalités d'utilisation de la Participation aux Bénéfices sont discutées et validées avec la CPPS.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, cette réserve est transférée au nouvel assureur dans un délai maximal de 6 mois, sans pénalité.

5.7 Support administratif et de gestion

Lors de la mise en place des contrats collectifs, puis pendant leur fonctionnement, le titulaire assure pour l'Employeur d'une part et envers les bénéficiaires d'autre part, un support administratif et de gestion comme détaillé à l'article 8 du présent document.

A l'expiration du présent marché, le titulaire se doit, dans ce cadre, de mettre en œuvre des prestations de réversibilité et de transférabilité destinées à l'administration et à l'éventuel nouveau titulaire.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET CESSATION DES GARANTIES

6.1 Prise d'effet

Pour la garantie de base :

Les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet des contrats telle que définie à l'article 2.5 du CCAP du présent marché, c'est à dire le 1^{er} janvier 2025, pour les agents actifs couverts à titre obligatoire (hormis les agents ayant exercé la faculté de ne pas adhérer au titre d'un des cas de dispense mentionnés au 4. 3), ou à la date d'embauche, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat.

Les agents retraités initialement bénéficiaires en tant qu'actifs de la garantie de base doivent formuler auprès du titulaire leur demande de poursuite d'adhésion dans un délai d'1 an suivant leur cessation d'activité. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion. Le titulaire décrit dans son offre les modalités à respecter par les agents retraités pour exercer leur droit.

Les agents retraités n'ayant pas été bénéficiaires actifs du régime de base doivent formuler leur demande d'adhésion dans un délai d'1 an suivant la date à laquelle ils ont été informés de la mise en place de la garantie, sans que cette date puisse être antérieure à la date d'effet. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion.

Les conjoints survivants et les enfants orphelins du bénéficiaire décédé doivent formuler leur adhésion dans un délai de 1 an suivant le décès du bénéficiaire. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion.

Les ayants droit définis à l'article 5 du décret du 22 avril 2022 peuvent adhérer à tout moment dès lors qu'ils sont ayants droit d'un bénéficiaire du régime.

Pour les garanties optionnelles

Les bénéficiaires des garanties de base (agents actifs, retraités, conjoints survivants et les enfants orphelins du bénéficiaire) peuvent adhérer à tout moment dès lors qu'ils sont couverts par la garantie de base.

Leur adhésion entraîne automatiquement l'adhésion des ayants-droit éventuels de la garantie de base.

6.2 Formalités d'adhésion

L'adhésion des bénéficiaires n'est pas soumise à la complétude d'un questionnaire de santé. Aucun délai de carence n'est applicable, le bénéficiaire a droit aux garanties dès son adhésion au contrat.

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

Le choix d'une option par le bénéficiaire des garanties de base (bénéficiaire actif, bénéficiaire retraité, conjoint survivant ou enfants orphelins du bénéficiaire décédé) emporte automatiquement adhésion de ses ayants droit à cette même option.

Le bénéficiaire a la possibilité de changer de formule et doit, à ce titre, s'acquitter de la cotisation correspondante.

Le bénéficiaire peut modifier son choix sans pénalité a minima

- au 1^{er} janvier de chaque année, la demande de modification devant parvenir au titulaire avant le 31 octobre qui précède, sous réserve d'avoir été couvert pendant une durée minimale d'un an ;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par le titulaire, en cas de changement de situation de famille.

Le titulaire décrit dans son offre les conditions de modification de choix d'option, sous réserve qu'elles respectent les conditions décrites ci-dessus ou leur soient plus favorables.

6.3 Cessation des garanties

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

- pour les bénéficiaires actifs à la date où ils cessent d'être employés et ne remplissent plus les conditions prévues aux articles 4.1 et 5.1 du présent marché ;
- pour les bénéficiaires retraités à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret du 22 avril 2022
- pour les bénéficiaires ayants droit :
 - à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit ;
 - à la même date que celle de l'agent ;
- pour l'ensemble des bénéficiaires, au jour de leur décès

6.4 Résiliation de la couverture individuelle d'un bénéficiaire ou de ses ayants-droit

6.4.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative du titulaire

Le titulaire peut résilier l'adhésion d'un bénéficiaire au contrat portant les garanties souscrites à titre facultatif dans les cas prévus par la réglementation en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat :

- non-paiement des primes ;
- non-acceptation de la révision de la cotisation ou de réduction des garanties par le bénéficiaire ;
- fausse déclaration de l'assuré au contrat.

Si le bénéficiaire est un bénéficiaire ayant-droit, la résiliation s'appliquera à la garantie de base et le cas échéant à la garantie optionnelle.

Si le bénéficiaire est un bénéficiaire actif ou retraité, seule la garantie optionnelle sera résiliée.

Si le bénéficiaire est un bénéficiaire retraité, la garantie de base et la garantie optionnelle ou la garantie optionnelle seule pourront être résiliées.

Dans le cas où la garantie optionnelle d'un bénéficiaire actif ou retraité est résiliée, cette résiliation sera appliquée au bénéficiaire et à l'ensemble de ses ayants-droit.

Le titulaire indique dans le cadre de réponse technique les modalités selon lesquelles la résiliation pour non-paiement des cotisations sera mise en œuvre.

6.4.2 Résiliation de l'adhésion à l'initiative du bénéficiaire

- Les bénéficiaires actifs ou retraités couverts par le contrat portant les garanties optionnelles peuvent résilier ce contrat :
 - à l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat ;
 - à tout moment et par tout moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances, après expiration d'un délai d'un an de bénéfices des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du titulaire,
 - dans les conditions prévues à l'article L. 113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession, retraite professionnelle, ou cessation définitive d'activité professionnelle,
 - en cas de non acceptation de la révision de la cotisation ou de réduction des garanties en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat.

Ces dispositions s'appliquent également aux conjoints survivants et aux enfants orphelins du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé ayant demandé à conserver la qualité de bénéficiaire, conformément à l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Cette résiliation de l'adhésion aux garanties optionnelles n'aura pas d'effet sur la couverture par les garanties de base.

Elle entraîne la résiliation du contrat portant les garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants-droit des agents et retraités concernés.

- Les bénéficiaires à titre facultatif du contrat portant les garanties de base peuvent résilier ce contrat :
 - à l'échéance du contrat, en respectant un délai de prévenance de 2 mois avant l'échéance du contrat
 - à tout moment et par tout moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances, après expiration d'un délai d'un an de bénéfices des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès du titulaire.

Cette résiliation entraîne automatiquement la résiliation du contrat portant les garanties optionnelles de ces bénéficiaires, dans les mêmes conditions.

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

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son Employeur, les garanties seront maintenues à titre gratuit au bénéfice de l'agent et de ses ayants droit pendant une durée maximum de 12 mois.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il respecte les conditions de l'article 26 du décret du 22 avril 2022.

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

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

ARTICLE 7 : COTISATIONS

Les cotisations proposées sont celles inscrites à l'annexe financière de l'acte d'engagement. Elles respectent les caractéristiques décrites ci-dessous.

7.1 Régime de base

Les cotisations du régime de base sont déterminées en application du décret du 22 avril 2022 et ne varient pas en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. Pour l'ensemble des bénéficiaires à l'exclusion des conjoints des bénéficiaires retraités, elles sont fonction de la cotisation d'équilibre et de cotisations additionnelles décrites ci-après.

7.1.1 Cotisation d'équilibre

L'article 14 du décret du 22 avril 2022 pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

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

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

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année conformément à l'article 7.4.

7.1.2 Cotisations additionnelles

Des taux de cotisations destinées à alimenter un fonds d'aide aux retraités et à financer des prestations d'accompagnement social viennent s'ajouter aux cotisations dues par les agents, retraités et ayants droit. Ces taux s'élèvent à la mise en place du dispositif respectivement à 2% et 0,5% des cotisations Hors Taxes acquittées par les bénéficiaires. Ces taux sont susceptibles d'évoluer sur décision majoritaire de la CPPS.

7.1.3 Cotisations applicables aux différentes personnes couvertes

Sur le fondement de l'article 15 et suivants du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, les cotisations applicables aux différents bénéficiaires du dispositif auront les caractéristiques suivantes :

Pour les bénéficiaires actifs :

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

Pour l'ensemble des agents actifs, en application de l'article 15 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, l'Employeur doit prendre en charge 50 % de la cotisation d'équilibre (hors cotisations additionnelles prévues au présent régime).

La contribution à la charge des agents actifs se décompose ainsi :

- Une part forfaitaire correspondant à 20% de la cotisation d'équilibre ;
- Une part individuelle solidaire fixée en fonction de leur rémunération mensuelle brute plafonnée au Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle représente en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires actifs 30 % de la cotisation d'équilibre.

Sur les bases de cette formule, la cotisation moyenne hors cotisations additionnelles acquittée pour chaque bénéficiaire actif doit être égale à la cotisation d'équilibre.

La part individuelle solidaire sera assise sur la rémunération mensuelle brute, définie comme la part de la rémunération soumise à CSG et CRDS et plafonnée au PMSS.

Conformément au II de l'article 2 du décret du 22 avril 2022, les agents placés dans l'une des situations suivantes conservent leur qualité de bénéficiaire actif :

- 1° Congé parental ;
- 2° Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- 3° Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- 4° Congé de formation professionnelle.

Pour ces agents n'ayant plus de rémunération, l'article 16 du décret du 22 avril 2022 prévoit que la cotisation acquittée par l'agent sera fixée forfaitairement à 50% de la cotisation d'équilibre. L'agent versera directement l'intégralité de la cotisation d'équilibre au titulaire, la part employeur étant quant à elle versée à l'agent.

Ces dispositions s'appliquent également aux agents dont la rémunération est suspendue pour motif disciplinaire.

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

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

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

Pour les bénéficiaires retraités :

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

Les cotisations des retraités (hors cotisations additionnelles) seront limitées à 175% de la cotisation d'équilibre du contrat.

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

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

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

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

Les cotisations des bénéficiaires retraités sont majorées des cotisations additionnelles.

Cotisations des ayants droit enfants des bénéficiaires actifs et retraités :

Les cotisations des ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités seront fixées dans le contrat collectif :

- dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de plus de 21 ans ;
- à 50% de la cotisation d'équilibre pour les enfants de moins de 21 ans, dans la limite de 2 enfants (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans).

Ces cotisations sont majorées des cotisations additionnelles.

Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires actifs :

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

Ces cotisations seront majorées des cotisations additionnelles.

Cotisations des ayants droit conjoints des bénéficiaires retraités

Les cotisations des ayants droit conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires retraités seront fixées dans le contrat collectif.

Ces cotisations seront majorées des cotisations additionnelles.

7.2 Options

Les bénéficiaires du contrat collectif auront la possibilité de souscrire à l'une des garanties optionnelles proposées.

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

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

Le titulaire a précisé le cas échéant le taux maximal de revalorisation qu'il s'engage à appliquer aux cotisations applicables aux options, ainsi que la durée pendant laquelle il s'y engage.

Pour chaque agent actif, l'Employeur prend en charge 50 % de la cotisation à l'option, dans la limite de 5 euros par mois.

7.3 Frais et chargements de gestion

Les frais et chargements de gestion inclus dans les taux de cotisation sont précisés et détaillés dans l'annexe financière, en distinguant :

- adhésions et cotisations ;
- prestations ;
- acquisition ;
- assurance ;
- services.

L'assiette à laquelle ces taux sont appliqués y est également précisée.

Il est rappelé que les régimes de base, option A, B et C sont des contrats responsables (taxe à 13,27 %).

7.4 Détermination des cotisations

7.4.1 Régime de base

Les cotisations des agents actifs, ayants droit conjoints des agents actifs, ayants droit enfants et anciens agents retraités sont exprimées hors cotisations additionnelles en pourcentage de la cotisation d'équilibre, dans la limite des plafonds prévus par le décret du 22 avril 2022, en indiquant le montant en euros correspondant pour 2025, avec et sans cotisations additionnelles.

Les cotisations des ayants droit conjoints des retraités sont exprimées en euros.

Le titulaire a renseigné pour cela les grilles de cotisations figurant dans l'annexe financière.

7.4.2 Options

Les cotisations aux différentes options prévues (Options A, B et C) sont exprimées en euros, selon le format suivant :

- actifs et ayants droit conjoint des actifs : une cotisation unique par option, en euros ;
- ayants droit enfants :
 - une cotisation unique par option pour les enfants de moins de 21 ans, en euros (gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans) ;
 - une cotisation unique par option pour les enfants de plus de 21 ans, en euros ;
- retraités et ayants droit conjoint des retraités : cotisations en euros, par âge, dans la limite de 75 ans.

Le titulaire a renseigné pour cela les grilles de cotisations figurant dans l'annexe financière.

7.4.3 Revalorisation des cotisations

Les propositions d'évolution de cotisations sont présentées lors d'un comité de suivi avant le 31 août de chaque exercice, selon les modalités suivantes :

Pour le régime de base :

- analyse, justification et proposition d'évolution pour la cotisation d'équilibre en euros, le cas échéant ;
- analyse, justification et proposition d'évolution pour les cotisations des ayants droit conjoints des agents actifs, ayants droit enfants et agents retraités en pourcentage de la cotisation d'équilibre, le cas échéant ;
- analyse, justification et proposition d'évolution pour les cotisations des ayants droit conjoints des retraités en euros, le cas échéant.

Pour les options :

Analyse, justification et proposition d'évolution pour les cotisations en euros, le cas échéant, selon la structure de cotisation prévue ci-dessus.

Les différentes cotisations sont soumises à l'accord de la CPPS.

7.4.4 Fonds d'aide aux retraités

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

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

Les bénéficiaires de ce fonds s'acquittent d'une cotisation réduite, le complément étant prélevé par le titulaire sur le fonds, dans la limite de son montant. Le titulaire proposera une modalité de fonctionnement pour le cas où le solde du fonds serait insuffisant pour financer les réductions des bénéficiaires éligibles.

L'alimentation de ce fonds s'opèrera via la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à la mise en place du dispositif, à 2% des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif.

Ce taux peut être modifié chaque année par la CPPS.

En cas de résiliation, le solde du fonds est transféré au nouvel assureur éventuel dans un délai maximal de 6 mois.

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

ARTICLE 8 : PRESTATIONS DE SUPPORT ADMINISTRATIF DE GESTION

8.1 Interlocuteurs dédiés

Le titulaire doit désigner plusieurs personnes dédiées pour toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

Il doit donc être mis à disposition :

- Un interlocuteur dédié à la CPPS et à l'Employeur
- Des interlocuteurs dédiés pour la couverture frais de santé pour l'ensemble des bénéficiaires des contrats ;
- Des interlocuteurs dédiés pour la gestion des affiliations et des cotisations, ainsi que la mise en place des flux avec les SIRH des SPM

Le titulaire décrit dans son mémoire technique l'équipe envisagée en premier lieu pour la phase de mise en place du dispositif, puis la phase normale d'exécution des contrats, et enfin la phase de réversibilité et transférabilité accompagnant la fin des contrats.

Dans cette description de la composition de l'équipe dédiée, il est précisé les fonctions, niveau de formation, expérience professionnelle, numéro de téléphone et courriel ainsi que leur disponibilité en termes d'horaires et de jours ouvrables.

Lors de la mise en place du contrat, le titulaire doit remettre un document reprenant cette organisation avec les contacts des personnes occupant les fonctions désignées

En cas de modification d'un interlocuteur dédié ou du binôme attribué, et/ou de ses coordonnées, le titulaire s'engage à en informer l'Employeur dans les 30 jours (calendaires) suivant ce changement et à désigner un remplaçant d'un niveau au moins égal à l'intervenant remplacé ou défaillant.

8.2 Gestion des adhésions

Le titulaire dans son mémoire technique s'engage sur l'organisation et les moyens et processus mis en œuvre pour faciliter la gestion des adhésions, des modifications et des radiations à la mise en place et pendant l'exécution des contrats.

Les impacts organisationnels attendus de la part de l'Employeur doivent minimiser les impacts sur les équipes des SPM (cf. Cadre de Réponse Technique). (cf. ARTICLE 9 MISE EN ŒUVRE DE LA PSC DANS LES SYSTEMES D'INFORMATION – EXIGENCES TECHNIQUES) et sont décrit au mémoire technique du titulaire.

Le titulaire a également décrit les espaces et fonctionnalités web (Internet / Intranet) dédiés à la gestion des adhésions et des différentes opérations en lien avec l'adhésion (déclaration de changement de situation de famille, ajout / suppression de bénéficiaire), des radiations ainsi que des cotisations mis à disposition des assurés et des services RH des SPM.

Concrètement le titulaire doit proposer un accompagnement digitalisé et présentiel afin :

- d'assurer l'information des assurés sur les offres mises en place ;
- proposer les parcours d'adhésion digitalisés permettant de :
 - o recueillir les bulletins d'adhésion, y compris des ayants droit ;
 - o proposer le choix entre les différentes formules de garanties ;
 - o déposer les justificatifs nécessaires à la mise en gestion (attestation vitale, mandat SEPA, RIB) ;
 - o enregistrer les dispenses d'adhésion en frais de santé ;

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

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

Le titulaire transmet chaque mois à l'administration, la liste des agents ayant souscrit une option en indiquant l'option choisie. Ce document sert d'attestation pour le comptable public.

8.3 Gestion des cotisations

Les circuits de flux pour le règlement des cotisations sont décrits au mémoire technique du titulaire, conformément à l'ARTICLE 9 MISE EN ŒUVRE DE LA PSC DANS LES SYSTEMES D'INFORMATION – EXIGENCES TECHNIQUES.

Le titulaire décrira, dans le cadre de réponse technique, la procédure prévue en cas de non-paiement des cotisations dues par les bénéficiaires couverts à titre facultatif et réglant directement leur cotisation au titulaire (ex : rejet de prélèvement SEPA) y compris par l'agent au titre des options qu'il aura souscrites. Notamment, le titulaire communiquera avec précision les frais supplémentaires engendrés par la mise en œuvre de la procédure et leur plafonnement.

8.4 Gestion des prestations

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

Les SPM souhaitent que les membres de son personnel bénéficient d'une grande qualité de service dans le règlement des prestations et sont, notamment, très attentif aux points de l'offre de service.

Le titulaire décrit le cas échéant le réseau de soins dont il dispose et produit la liste des conventions passées avec les professionnels de santé et établissements hospitaliers.

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

8.4.1 Engagements de délais de traitement

Le titulaire est engagé sur des délais de traitement des principaux actes de gestion et notamment sur les délais et modalités, dans la limite des plafonds indiqués, des engagements suivants :

Engagement	Unité de mesure	Plafond
- Rédaction et impression de la notice d'information – à compter de la fixation de l'ensemble des paramètres (garanties et tarifs) (en jours)	jour	Au plus tard 60 jours avant la mise en œuvre des garantie
- Constitution des fichiers d'adhésions (en jours) à compter de la réception des données d'affiliation en masse et tous les mois à réception des données des SIRH	jour	5 jours
- Emission des cartes de tiers payant – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	5 jours
- Connexion des flux Noémie – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	8 jours
- Règlement des prestations frais de santé (avec télétransmission) – à compter de la réception du flux Noémie (en jours)	jour	3 jours
- Règlement des prestations frais de santé (sans télétransmission) – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	8 jours
- Réponse à devis (dentaire et optique) – dès réception du devis (en jours)	jour	8 jours
- Prise en charge hospitalière – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	3 jours
- Prise en charge dentaire et optique – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	8 jours
- Réponse aux demandes d'information – dès réception de la demande (courrier ou mail) (en jours)	jour	5 jours
- Taux de décrochage des appels téléphoniques ou de rappel dans l'heure (call back) des bénéficiaires (en fonction des heures d'ouverture) sur l'année (en %)	%	Plancher : 90%
- Délais d'intégration de nouveaux adhérents ou ayants droit – dès réception de l'ensemble des informations nécessaires (en jours)	jour	8 jours
- Délai maximal d'indisponibilité des espaces Web (bénéficiaires et RH) – à compter du début de l'indisponibilité (en jours)	jour	1 jour

Pour l'ensemble des engagements décrits ci-dessus, le titulaire décrit les niveaux constatés sur son portefeuille pour les 3 derniers exercices (y compris l'exercice en cours) et les modalités de contrôle proposés pour vérifier ces indicateurs en cours de vie du dispositif.

Un état mensuel des indicateurs est transmis dans un format numérique de type tableur au plus tard le 10 du mois suivant. Cet état indique :

- La valeur moyenne sur le mois de chaque indicateur
- La proportion de dossiers traités dans le délai, la proportion de dossiers traités dans un délai supérieur de 0% à 5% - 5% à 10% - 10% à 15% - 15% à 20% - plus de 20% au délai maximal prévu,
- Pour les indicateurs mesurés en délais, la liste des éventuelles actions hors délais mentionnant leur typologie, et la mesure du retard correspondant

8.4.2 Réseau de soins ou équivalent

Les SPM souhaitent proposer à l'ensemble de leur personnel un régime de protection sociale frais de santé de qualité tout en maîtrisant la dérive de la consommation sur les postes fortement inflationnistes (optique, dentaire...).

Dans ce sens, le titulaire propose si possible un réseau de soins avec un encadrement des tarifs des praticiens, membres de ce réseau.

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

S'il en dispose, le titulaire devra présenter et mettre en avant son ou le réseau qu'il souhaite proposer aux bénéficiaires du régime de protection sociale des SPM.

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

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

8.5 Services aux assurés

Dans le mémoire technique du titulaire est décrit les moyens mis à disposition des assurés pour faciliter leur accès à l'information et au suivi de leurs remboursements, en décrivant en particulier les outils suivants :

- Espace web agents, éventuel web mobile ;
- Plateforme téléphonique ;
- l'analyse de devis.

8.6 Mise à disposition d'un extranet RH

Le titulaire met à disposition un extranet RH sécurisé permettant dans un format ouvert et réutilisable :

- d'accéder à l'ensemble des reportings prévus au 8.11 ;
- d'accéder à l'ensemble du fichier des assurés, en gérant des habilitations différenciées pour chaque entité citée à l'article 3 – Périmètre du marché ;
- d'accéder à des informations anonymisées agrégées par entité et au niveau global pour le référent Employeur qui représente l'ensemble des établissements. Les informations agrégées de chaque entité sont également accessibles pour le référent de l'entité concernée ;
- de disposer d'un espace propre à chaque entité permettant de déposer / télécharger des justificatifs et documents à destination du titulaire ainsi que des messages ;

- de pouvoir procéder à la gestion d'affiliation en ligne qu'il s'agisse d'une inscription initiale, d'ajout d'ayants droit, de retraits d'affiliés, de dispense d'affiliation ;
- d'accéder à l'ensemble de la documentation juridique, contractuelle et commerciale mise à disposition par le titulaire.

8.7 Assistance et télémedecine

Les prestations d'assistance proposées aux assurés sont décrites dans le mémoire technique.

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

Il y est décrit l'organisation proposée pour ce service.

8.8 Communication

Dans son mémoire technique, le titulaire a décrit le plan de communication envisagé pour informer les bénéficiaires autour des dispositifs dans le cadre de réponse technique.

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

Ce plan est établi en concertation avec l'Employeur.

8.9 Suivi de la qualité de la gestion

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

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

Le questionnaire de satisfaction sera transmis à la CPPS pour validation avant envoi aux bénéficiaires.

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

8.10 Gestion du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités

Les modalités de gestion et de rémunération proposées pour ces deux fonds sont décrites dans le mémoire technique. Un état de suivi annuel de l'utilisation de ces fonds sera transmis à l'Employeur.

8.11 Suivi technique du régime et comitologie

L'article 28 du décret du 22 avril 2022 instaure la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS).

Elle est composée de représentants de l'Employeur et de représentants des organisations syndicales et assistée par un expert indépendant.

Par conséquent, le titulaire doit s'engager à participer, au minimum, à 2 réunions annuelles et fera parvenir à cet effet par voie numérique les éléments suivants à la CPPS:

- Avant le 30 juin de l'exercice en cours, pour chacun des régimes Frais de santé :
 - les effectifs assurés arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent, par type de bénéficiaire et par statut pour les agents actifs (titulaires/ contractuels) et les agents retraités (SRE / Ircantec) ;
 - les comptes de résultats techniques définitifs arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque garantie (panier de base, Options A, B et C) par exercice comptable, par catégorie bénéficiaire et par exercice de survenance (cf. Cadre de réponse technique) ;
 - une analyse détaillée de la consommation médicale par grand poste de soins et par catégorie de bénéficiaires ;

- les éléments techniques permettant la justification complète de la prévision de cotisation d'équilibre et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base (cf. Cadre de réponse technique) ;
 - les lignes de décomptes frais de santé ;
 - le suivi des indicateurs de gestion ;
 - le suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités ;
 - pour le premier exercice, le titulaire présentera les premières tendances observées pour l'exercice en cours .
- Avant le 31 août de l'exercice en cours, pour chacun des régimes Frais de santé :
 - les effectifs assurés arrêtés au 30 juin de l'exercice en cours, par type de bénéficiaire et par statut pour les agents actifs (titulaires/ contractuels) et les agents retraités (SRE / Ircantec), avec comparaison avec les mêmes informations au 31 décembre de l'exercice précédent ;
 - les prévisions sur les comptes de résultats techniques de l'exercice en cours, et présentés pour chaque garantie (panier de base, Options A, B et C) par exercice comptable, par catégorie bénéficiaire et par exercice de survenance, ainsi que sur la consommation médicale ;
 - une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaités par le titulaire pour la prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime pour l'exercice en cours ;
 - les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre demandée pour l'exercice suivant et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base ;
 - le suivi des indicateurs de gestion ;
 - le suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités.

L'accord définitif sur les cotisations de l'exercice suivant devra intervenir le 15 octobre de l'année en cours au plus tard.

- En outre, tout au long de l'année :
 - toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par la CPPS des SPM.

Le titulaire décrira les moyens mis à la disposition de la CPPS pour auditer et contrôler les éléments entrant en jeu dans le calcul de la cotisation d'équilibre et des autres cotisations et notamment :

- prestations du régime de base et des options, par catégorie d'assuré ;
- évaluations des différentes solidarités par type de bénéficiaire pour le régime de base.

Une réunion annuelle avec l'administration pourra également être organisée.

Le titulaire présente également le modèle de reporting envisagé pour le dispositif dans son mémoire technique.

8.12 Calendrier annuel type

Conformément aux différents éléments décrits ci-dessus, le calendrier type d'une année d'exécution du marché sera le suivant :

- au plus tard le 30 juin : transmission par le titulaire des documents prévus au 8.11 et présentant les premières orientations prévues pour les évolutions de cotisations de l'année suivante ;

- au plus tard le 15 juillet : réunion du titulaire avec la CPPS pour présenter ces éléments ;
- au plus tard le 31 août : transmission par le titulaire des documents prévus au 8.11 et présentant notamment les éléments techniques permettant la justification complète de la cotisation d'équilibre demandée pour l'exercice suivant et des différentes cotisations en résultant pour le régime de base ainsi que les cotisations des options ;
- au plus tard le 15 septembre : réunion du titulaire avec la CPPS pour présenter ces éléments ;
- au plus tard le 15 octobre : en cas d'accord entre le titulaire et l'Employeur, fixation définitive des cotisations à appliquer l'année suivante ;
- au plus tard le 31 octobre : information par le titulaire auprès des assurés des nouveaux niveaux de cotisations applicables, ces derniers ayant alors la faculté de résilier leurs garanties optionnelles en respectant un délai de prévenance de 2 mois (cf. 6.4.12) ;
- au plus tard le 1^{er} décembre : émission des cartes de tiers-payant pour l'exercice suivant.

8.13 Mise à jour des éléments contractuels des contrats collectifs

Le titulaire dans le cadre de son offre a remis les documents contractuels suivants pour le panier de soins et les options, et les différentes catégories de bénéficiaires :

- Conditions générales ;
- Conditions particulières ;
- Document d'information sur le produit d'assurance (IPID) ;
- Notice.

Ces documents sont mis à jour à chaque évolution de garanties ou de cotisations le nécessitant.

ARTICLE 9 : MISE EN OEUVRE DE LA PSC DANS LES SYSTEMES D'INFORMATION -EXIGENCES TECHNIQUES

Le périmètre SPM, met en œuvre différents SIRH

- RenoiRH (préliquidation et liquidation des paiements par la DGFIP)
- Virtualia /Winpaie (préliquidation et liquidation des paiements par la DGFIP)
- Winpaie+ (préliquidation et liquidation des paiements par la DGFIP)
- Pleiade (service de paie intégré)
- EKSAE (service de paie intégré)

Les flux à mettre en œuvre entre le titulaire et le/les employeurs doivent être opérationnels avec ces différents SIRH.

En cas d'évolution des SIRH au cours du marché, le titulaire doit être en mesure de s'adapter techniquement.

Le titulaire s'engage à ce que les données numériques échangées à destination d'un SI « employeur », ou des agents bénéficiaires, n'intègrent aucun code malveillant et ont fait l'objet d'un test d'innocuité positif. La description des mesures mises en œuvre pour atteindre cet objectif est fournie dans le PAS et couvre à minima les échanges suivants :

- Interfaces utilisateur (web, mobile, etc.) ;
- Portail gestionnaire RH ;
- Courrier électronique ;
- Flux de données passant en dehors du portail gestionnaire (flux décrits au §9.1).

Le titulaire met en œuvre des mesures de sécurité destinées à lutter contre toute forme d'interception entre ses plateformes numériques et les utilisateurs, gestionnaires et systèmes d'information « employeur ». La description de ces mesures est fournie dans le PAS.

Le titulaire s'engage à ce que les interfaces d'accès (web, mobile, API etc.) à destination des utilisateurs et des gestionnaires soient inscrites dans un processus d'amélioration continue de leur sécurité, intégrant particulièrement des contrôles de sécurité périodiques (autocontrôle continu du code, tests d'intrusion réguliers, etc.). La description de ce processus d'amélioration continue de la sécurité est fournie dans le PAS.

9.1 Flux de données entre le titulaire et le/les employeurs

Le titulaire met en place les flux nécessaires aux échanges de données avec les employeurs du périmètre SPM et permettant notamment l'échange :

- des données nécessaires à l'affiliation en masse des agents actifs lors de la mise en place du marché (annexe technique N°1). Cette liste est actuellement en cours de définition par le CISIRH pour le SIRH RenoIRH
- Cette liste pourra être propre à chaque SIRH
- Des données nécessaires à l'affiliation individuelle d'un agent (annexe technique N°2)
- Des informations relatives aux dispenses (dans le cadre de l'affiliation de masse, de l'affiliation individuelle, ou encore pour la revue mensuelle que le titulaire opérera avec les SPM)
- Des informations relatives aux options souscrites et gestion des ayants droits (dans le cadre de l'affiliation de masse, de l'affiliation individuelle (ajout/ modification/ suppression), ou encore pour la revue mensuelle que le titulaire opérera avec les SPM) (cf annexe technique N°3)
- Le titulaire doit mettre en œuvre les flux nécessaires aux paiements des cotisations réalisées par les employeurs ayant un service de paie intégré (services utilisant les SIRH EKSAE et PLEIADE)

Le titulaire décrit dans son mémoire technique la solution technique mise en œuvre pour permettre les échanges de fichiers entre son système d'information et les employeurs (et potentiellement leur SIRH). Les données échangées doivent pouvoir être ventilées :

- Par employeur
- Selon un ou plusieurs critères de ventilation qui seront définis ultérieurement

La solution technique proposée doit permettre aux flux de bénéficier d'une protection à l'état de l'art contre l'interception.

Les flux de données doivent être chiffrés en transit par des moyens validés par l'ANSSI (comme par exemple la solution « Zed ! » lors des transferts « manuels »).

A titre d'exemple, ces échanges pourront, en partie ou en totalité, être réalisés via une plateforme web (extranet RH) à condition que celle-ci ne nécessite pas l'utilisation de web-socket

La plateforme d'échange proposée doit mettre à disposition les données échangées en les ventilant :

- Par employeur
- Selon un ou plusieurs critères de ventilation qui seront définis ultérieurement (exemple par lot de gestion)

Les SPM (via des comptes administrateurs) peuvent créer des comptes gestionnaires autant que de besoin (ajout / modification / suppression).

Chaque compte gestionnaire permet l'accès aux fichiers d'échanges de données dans un périmètre défini selon les critères de ventilation listés ci-dessus :

Ces échanges peuvent aussi être doublés d'un envoi des fichiers vers des boîtes fonctionnelles (la ventilation par employeur et critères de ventilation supplémentaire doit être paramétrable par les SPM ou à minima à sa demande)

Quelle que soit la solution technique proposée et retenue:

- Celle-ci doit être opérationnelle en production au plus tard le 01/10/2024.
- Une formation (paramétrage, réception et envoi de fichiers...) doit être réalisée par le titulaire auprès des gestionnaires des différents employeurs du périmètre.

Le titulaire présenter dans sa réponse, la planification et la méthodologie employées pour la mise en œuvre des phases de recette et de production.

9.2 Flux de données entre le titulaire et l'agent

Le titulaire met en place la plateforme et les flux nécessaires aux échanges d'informations avec l'agents concernant :

- l'affiliation et la gestion des données personnelles (ajout, modification, suppression) ;
- la gestion des dispense (saisie, envoi des pièces justificatives, confirmation...) ;
- la gestion des options (saisie : ajout/modification/suppression, gestion du paiement ...) ;
- la gestion des demandes de remboursements (envoi en ligne, suivi des remboursements...).

9.3 Flux de de données entre la DGFIP/Net-entreprise et le titulaire

Le titulaire doit mettre en œuvre les flux nécessaires aux paiements des cotisations réalisées par la DGFIP (sauf pour les employeurs ayant un service de paie intégré).

Le titulaire doit mettre en œuvre les flux nécessaires à la réception des DSN et leur intégration dans son SI.

Il met aussi en œuvre les flux nécessaires à l'envoi des comptes rendus métiers (CRM) qu'il est amené à établir après analyse des fichiers DSN. (cf. annexe technique 4 et 5)