Protection Sociale Complémentaire

Conventions de participation :
Présentation des offres retenues

28 & 29 mars 2023

Sarah ARZEL - Directrice Adjointe des Services

Ce document est la propriété exclusive du CDG 56.
Toute reproduction est interdite.

Mars 2023

Sommaire

- Eléments de contexte sur la protection sociale complémentaire
- Rappel de la méthodologie et procédure mises en œuvre
- Présentation des garanties sollicitées lors de la consultation
- Présentation des offres retenues

De quoi parle t-on?

La protection sociale complémentaire intervient dans 2 domaines :

Santé : vise à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident non pris en charge par la sécurité sociale

Prévoyance/maintien de salaire : vise à couvrir la perte de salaire/de retraite liée à une maladie, une invalidité/incapacité ou un décès

Source : CDG 76

Une participation obligatoire

- **En santé :** participation obligatoire des employeurs publics à hauteur de **50 % minimum** d'un montant de référence fixé à **30 euros** soit **15 euros minimum par agent** (**au 01/01/2026**) ;

- **En prévoyance :** participation obligatoire des employeurs publics à hauteur de **20 % minimum** d'un montant de référence fixé à **35 euros** soit **7 euros minimum par agent** (**au 01/01/2025**).

3 dispositifs au choix

Rappel depuis le 1er janvier 2022

- **Les différents contrats proposés aux employeurs**

Nouveau	Contrat proposé par le CDG	Situation inchangée
Contrat collectif à adhésion obligatoire (si accord majoritaire)	Contrat collectif à adhésion facultative (convention de participation)	Choix parmi l'un des contrats individuels bénéficiant d'un label
Conclu à l'issu d'un appel à concurrence	Conclu à l'issu d'un appel à concurrence	Liste des contrats sur le site du Ministère CT

Source : CDG 44

Depuis le 1er janvier 2022

3 dispositifs sont éligibles à la participation employeur :

- Le **contrat collectif** : l'employeur contracte avec un opérateur pour un dispositif en santé et/ou en prévoyance avec adhésion **obligatoire** des agents. **La participation est versée à l'ensemble des agents** de la collectivité ou l'établissement public ;

- La **convention de participation** : l'employeur contracte avec un opérateur pour un dispositif en santé et/ou en prévoyance. **La participation n'est versée qu'aux agents qui souscrivent à ce contrat** ;

- La **labellisation** : une liste de contrats proposés par des opérateurs reçoit un « agrément » permettant à l'agent qui **y souscrit de bénéficier de la participation employeur** (https://www.collectivites-locales.gouv.fr/).

Les 3 dispositifs sont **exclusifs** l'un de l'autre pour chaque domaine à couvrir.

La convention de participation Santé & Prévoyance

03/02/2022: Délibération du CA du CDG 56 actant le portage des conventions de participation

23/03/2023: Délibération du CA du CDG 56 d'attribution des conventions de participation

Avantages

- **Adhésion sans condition et sans questionnaire médical**
- **Force de négociation** sur les tarifs, les prestations et les services associés
- **Mutualisation** et gommage des effets de seuils renforcés
- **Couverture identique** pour tous les agents
- Véritable **accompagnement social** de la collectivité

Les bénéficiaires

- Les fonctionnaires titulaires et stagiaires ,
- Les agents contractuels de droit public,
- Les agents contractuels de droit privé,
- Les retraités bénéficient uniquement des garanties « santé ».

L'adhésion aux garanties de protection sociale complémentaire par les agents est **individuelle** et **facultative**.

La procédure

La procédure de conclusion d'une convention de participation en sept étapes :

- **consultation du comité technique** sur le dispositif envisagé ;
- publication d'un avis **d'appel public à concurrence** ;
- les **candidatures sont sélectionnées** selon les garanties professionnelles, financières et prudentielles ;
- les **offres sont examinées** au regard du cahier des charges, lequel reprend les critères imposés par le décret et l'employeur public peut ajouter d'autres critères adaptés à la couverture de la population intéressée ;
- **consultation du comité social territorial avant attribution** ;
- **le CDG 56 conclut une convention de participation** par offre retenue ;
- **information des collectivités** quant à la signature de la convention et des caractéristiques du contrat ou du règlement retenu par la collectivité.

Le calendrier de mise en œuvre

- Préparation de la consultation : **Juin à Novembre 2022**
- Lancement de la consultation – publication de l'appel d'offre : Décembre 2022
- Présentation des prestataires retenus et des offres proposées aux collectivités : Mars 2023

Planification en cours sur les territoires de réunion d'information

- Adhésion des collectivités à la convention de participation : Juillet 2023

Accompagnement par une Assistance à la Maîtrise d'Ouvrage

(ALCEGA Conseil) depuis mai 2022

La méthodologie

La communication

- Décembre 2021 : Phase d'information des collectivités pour animation du débat en assemblée délibérante avant mi-février
- **2 flashs** (courts webinaires) présentant la démarche globale PSC du CDG 56 ont été organisés en juin
- **3 webinaires** détaillant la phase de recueil des données (un pas à pas) ont eu lieu en août et septembre 2022 accompagnées d'une foire aux questions (FAQ)
- Des actualités sur le site internet du CDG

La collecte de données

- Une phase de recueil et de collecte de données du 4 août 2022 au 7 novembre 2022 auprès de toutes les collectivités morbihannaises (CA + CNA)
- Une équipe projet (3 agents) depuis mai 2022 pour accompagner les collectivités en back-office (téléphone/mail) et sur le terrain.

	Nombre de collectivités	Nombre d'agents
SANTE	218 dont 195 CT Dép.	7 478 dont 3 290 CT Dép.
PREVOYANCE	228 dont 203 CT Dép.	8 038 dont 3 332 CT Dép.

Le cahier des charges

2 groupes de travail associant les OS siégeant au CT départemental et les assistantes sociales du travail du CDG 56 :

- Réunion du 23 juin 2022
- Réunion du 11 octobre 2022

CONVENTION DE PARTICIPATION: PREVOYANCE

- Durée du contrat: 6 années soit du 1er juillet 2023 au 30 juin 2029, prorogeable 1 an

- Indexation du taux de cotisation: 2,5% par an. Maximum 12% à compter de l'exercice 4, quand *ratio prestations sur cotisations hors taxes > 130%*

- Conditions de résiliation:

  - **L'Assuré**, moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance,

  - **L'Employeur**, moyennant un préavis de quatre (4) mois avant l'échéance, réduit à deux (2) mois dans le cas d'une proposition de majoration tarifaire par l'Assureur refusée par le Souscripteur (application des dispositions de l'article 3.2) ou par lui-même.

- Garantie de base – renfort possible. Les garanties obligatoires sont complétées de garanties facultatives

- Attention particulière à la qualité d'accompagnement proposée des agents

- Incapacité de travail : maintien à 95 % TI+RI, invalidité à 90 % et décès 25 % SAB dès l'offre de base (au lieu incapacité 90 % TI+40 % RI et invalidité prévu par décret 2022-581)

- Des taux de cotisation différenciés par segment d'employeurs.

Montant de référence : 35 €

Soit 7 €/agent (20%) au 1er janvier 2025

Prévoyance: Les garanties délivrées par l’assureur

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT En complément
Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	**Indemnisation**	**Indemnisation**
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, **à compter du passage à demi-traitement**	**95% TI+NBI+RI**	
Placement en congés de maladie ordinaire en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	
Placement en congés de longue maladie et de longue durée en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	**95% RI**
Accident et maladie imputables au service	**Non garanti**	
Temps partiel pour raison thérapeutique		
Temps partiel pour motif thérapeutique, y compris si précédé d'un congé pour raison de santé ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service	**95% RI**	

Situation du régime indemnitaire Maintenu à due proportion du traitement, ou suspendu		
Congé	**RIFSEEP**	**Autres primes & indemnités**
Maladie ordinaire	**Selon les délibérations des employeurs**	**Selon les délibérations des employeurs**
Longue maladie		
Longue durée		
Grave maladie		

Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
> Fonctionnaires		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés pour raison de santé, disponibilité d'office pour raison de santé et maintien du demi-traitement dans l'attente de l'avis du conseil médical, **à compter du passage à demi-traitement**	**95% TI+NBI+RI**	
Placement en congés de maladie ordinaire en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	
Placement en congés de grave maladie en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	**95% RI**
Accident et maladie imputables au service	**Non garanti**	
> Contractuels de droit public		
Maladie et accident de la vie privée		
Placement en congés de maladie et congés de grave maladie et tout arrêt de travail de moins de 1 095 jours, **dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale**	**95% TI+NBI+RI**	
Franchise	**30 jours**	
Placement en congés de maladie ordinaire en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	
Placement en congés de grave maladie en **périodes de plein-traitement**	**Non garanti**	**95% RI**
Accident et maladie imputables au service	**95% TI+NBI+RI**	
Franchise	**Néant**	
> Contractuels de droit privé		
Maladie et accident de la vie privée		
Arrêt de travail de moins de 1 095 jours, **dès perception d'indemnités journalières de la Sécurité sociale**	**90% du salaire net**	
Franchise	**30 jours**	
Accident et maladie imputables au service	**90% du salaire net**	
Franchise	**Néant**	
> Temps partiel pour motif thérapeutique		
Temps partiel pour motif thérapeutique y compris si précédé d'un congé pour raison de santé (ou arrêt de travail) ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (ou accident du travail)	**95% TI+NBI+RI**	

Garantie maintien de salaire en cas d'invalidité permanente		En complément
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	**Indemnisation**	**Indemnisation**
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Invalidité non imputable au service	**90% TI + NBI**	**90% RI**
Franchise :	**Néant**	
Invalidité imputable au service	**90% TI + NBI**	**90% RI**
Franchise :	**Néant**	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Invalidité suite à maladie ou accident de la vie privée		
Invalides capables d'exercer une activité rémunérée (1ère catégorie)	**Non garanti**	
Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque (2ème catégorie)	**90% TI + NBI**	**90% RI**
Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (3ème catégorie)	**90% TI + NBI**	**90% RI**
Incapacité permanente de la vie professionnelle		
Avec taux d'incapacité permanente < à 45%	**Non garanti**	
Avec taux d'incapacité permanente > ou égal à 45%	**90% TI + NBI**	**90% RI**

GARANTIES OBLIGATOIRES	BASE	RENFORT En complément
Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en brut	**Indemnisation**	**Indemnisation**
Ensemble fonctionnaires et agents contractuels		
Décès toutes causes (maladie et accident)		
Perte totale et irréversible d'autonomie. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré met fin à la garantie décès	**25% du salaire annuel brut**	**75% du salaire annuel brut**
Frais d'obsèques	**Non garanti**	

GARANTIES FACULTATIVES	BASE	RENFORT En complément
Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente		
Les plafonds d'indemnisation sont exprimés en net	**Indemnisation**	**Indemnisation**
Fonctionnaires relevant du régime spécial de la CNRACL		
Suite à invalidité imputable ou non au service. Versement d'une rente	**90% de la perte de retraite**	
Agents relevant du régime général de la Sécurité sociale		
Suite à invalidité imputable ou non au service. Versement d'une rente	**Non applicable**	

Le classement

- 1 : ALLIANZ Vie
- 2: TERRITORIA Mutuelle
- 3: MNT – MGEN

Le taux de cotisation

	90,00			ALLIANZ Vie Collecteam Offre 2
CLASSEMENT				1
Niveau des cotisations	40,00		40,00	31,27
Garanties obligatoires	**32**			**23,43**
Moins de 50 agents		24,7%	7,91	7,91
Total				**1,55%**
Total pour un salaire brut annuel de		**30 000 €**		**465 €**
Plus de 50 agents		36,5%	11,69	11,69
Total				**1,60%**
Total pour un salaire brut annuel de		**30 000 €**		**480 €**
Plus de 350 agents		38,7%	12,40	11,74
Total				**1,70%**
Total pour un salaire brut annuel de		**30 000 €**		**510 €**
Garanties facultatives	**8**			**7,84**
Moins de 50 agents			2,67	2,64
Incapacité RI PT				0,20%
Invalidité RI				0,10%
Décès +				0,40%
Complément retraite				0,50%
Total				**1,20%**
Plus de 50 agents			2,67	2,53
Incapacité RI PT				0,20%
Invalidité RI				0,10%
Décès +				0,40%
Complément retraite				0,50%
Total				**1,20%**
Plus de 350 agents			2,67	2,67
Incapacité RI PT				0,20%
Invalidité RI				0,10%
Décès +				0,40%
Complément retraite				0,50%
Total				**1,20%**

Les caractéristiques de l'offre classée n°1

Les garanties sont assurées par la société d'assurance **ALLIANZ Vie**, le gestionnaire étant le courtier COLLECTEAM (Groupe VERSPIEREN) basé à Orléans.

L'offre présente les caractéristiques suivantes :

- Des taux de cotisations pour les garanties obligatoires compris entre 1,55% et 1,70% selon la taille de l'employeur particulièrement attractifs pour les agents. Il en est de même des taux de cotisation des garanties facultatives,
- Le **respect de la clause de majoration tarifaire** (plafond de 12% à compter de la 4ème année),
- L'**absence de réserves** aux conditions contractuelles,
- Une équipe de développement composée de **5 conseillers** pour présenter l'offre dans le cadre de **100 réunions suivies de 100 permanences auprès des agents**,
- Un résultat prévisionnel à horizon 6 ans de 1,50% des cotisations, soit 304 K€ (sur 20,3 M€ de cotisations),
- Un niveau plutôt élevé des montants de provisions techniques (sur cas pratique),
- Une documentation précontractuelle et contractuelle à remettre aux agents à vérifier,
- Une **bonne qualité de gestion** : temps de traitement et de paiement, exactitude des montants de prestation (IJ, rente) à verser.

CONVENTION DE PARTICIPATION: COMPLEMENTAIRE SANTE

- Durée du contrat: 6 années soit du 1er juillet 2023 au 30 juin 2029, prorogeable 1 an

- Indexation du taux de cotisation: 2,5% par an. Maximum 12% à compter de l'exercice 4, quand *ratio prestations sur cotisations hors taxes > 130%*

- Conditions de résiliation:
  - **L'Assuré à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Assuré.
  - **L'Employeur à tout moment**, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, par application de l'article L 113-15-2 du code des assurances. La résiliation prend effet selon la date indiquée dans le courrier adressé par l'Employeur **ou**, **par défaut,** un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'Employeur.

- 4 niveaux de garanties pour répondre aux besoins, aux budgets et aux situations familiales des agents
- Attention particulière à la qualité d'accompagnement proposée des agents
- Des taux de cotisation unique quelle que soit la taille de l'employeur.
- Garanties proposées en adéquation avec l'accord national FPE (mieux disant que le paniers de soins CSS)
- Intégration et renforcement de prestations de médecines douces, homéopathie, psychologie
- Consultation sur le maintien des garanties pendant les périodes non rémunérées ou non indemnisées pour les agents en congé de présence parentale, congé proche aidant, congé de solidarité familiale, détachement d'office

Montant de référence: 30€
Soit 15 €/agent (50%) au 01/01/2026

Complémentaire santé: Les garanties délivrées par l'assureur

Soins courants Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr			
Honoraires :			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
Médicaments :			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €
Matériel médical :			
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :			
Orthopédie	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	200 €	300 €	400 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation assuré actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti
Homéopathie (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étiopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues	150 €	200 €	250 €
Séances de psychologue (par an)	100 €	100 €	100 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	**Niveau de garanties**		
	N1	**N2**	**N3**
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO…). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour et selon une durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

Optique			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	**Niveau de garanties**		
	N1	**N2**	**N3**
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).			
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :			
a) Equipement à verres simples	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'oeil (par œil)	200 €	300 €	400 €

Dentaire			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	**Niveau de garanties**		
	N1	**N2**	**N3**
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Honoraires - Soins dentaires	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays) :			
Panier de soins **100% santé** sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	**Remboursement intégral**		
Panier de soins **aux tarifs maîtrisés**	200%	300%	400%
Panier de soins **aux tarifs libres**	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

Aides auditives			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	**Niveau de garanties**		
	N1	**N2**	**N3**
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée			
Equipement complet	100% SANTE Remboursement intégral		
Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits	**Niveau de garanties**		
	N1	**N2**	**N3**
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :			
Actes de prévention (7 actes) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste)	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :			
Allocation maternité	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui

Le classement

- 1 : INTERIALE
- 2: MNT – MGEN
- 3: MUTAME et PLUS
- 4 : MNFCT
- 5: TERRITORIA Mutuelle
- 6: AMELLIS Mutuelles
- 7: MUTUELLE PV

Le montant des cotisations

	55,00	INTERIALE RELYENS Offre 3
Niveau des cotisations	**45,00**	
Niveau 1	**9**	
Enfant (1 et 2)		17,47 €
Actif < 30 ans inclus		37,77 €
Actif < 40 ans		40,20 €
Actif < 50 ans		46,75 €
Actif > 50 ans		63,12 €
Retraité		91,52 €
Moyenne		**49,47 €**
Moyenne par an		**594 €**
Ecart / moyenne		**0,98**
Niveau 2	**18**	
Enfant (1 et 2)		18,76 €
Actif < 30 ans inclus		41,10 €
Actif < 40 ans		44,08 €
Actif < 50 ans		51,76 €
Actif > 50 ans		69,87 €
Retraité		101,31 €
Moyenne		**54,48 €**
Moyenne par an		**654 €**
Ecart / moyenne		**0,90**
Niveau 3	**18**	
Enfant (1 et 2)		20,74 €
Actif < 30 ans inclus		45,03 €
Actif < 40 ans		48,37 €
Actif < 50 ans		57,30 €
Actif > 50 ans		77,36 €
Retraité		112,17 €
Moyenne		**60,16 €**
Moyenne par an		**722 €**
Ecart / moyenne		**0,86**

Les caractéristiques de l'offre classée n°1

Les garanties sont assurées par la **mutuelle INTERIALE**, le gestionnaire étant le courtier SOFAXIS (RELYENS) basé à Bourges et Orléans.

L'offre présente les caractéristiques suivantes :

- Des **montants de cotisation compétitifs pour les agents**, avec **une clause de majoration tarifaire respectée limitée à 12%** à compter de la troisième année en cas de résultat technique déficitaire, pour des garanties proposés sans réserves,
- **Une maîtrise financière** composée d':
  - un **plan de développement ambitieux** afin de recueillir les adhésions des employeurs puis des agents (**208 réunions de présentations prévue animées par une équipe de 20 conseillers**)
  - un **résultat technique prévisionnel excédentaire** de 1,39% des cotisations, situé dans la moyenne des offres analysées,
- **Une qualité de gestion** moyenne avec un service d'**application mobile** pour les agents,
- **3 097 professionnels de santé** qui pratiquent le **tiers-payant** sur le département et un réseau de soins plus faible que la moyenne des concurrents avec 89 professionnels de santé de 6 spécialités.

Le calendrier de mise en œuvre

- Préparation de la consultation : **Juin à Novembre 2022**
- Lancement de la consultation – publication de l'appel d'offre : Décembre 2022
- Présentation des prestataires retenus et des offres proposées aux collectivités : Mars 2023
  - **Planification en cours sur les territoires de réunion d'information**
- Adhésion des collectivités à la convention de participation : Juillet 2023

Merci de votre attention !