



MINISTERES EN CHARGE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE ; DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION ; DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

CAHIER DES CHARGES

Procédure : PAH-16042

Mise en œuvre de conventions de référencement instaurant la mise en place d'un régime de protection sociale complémentaire frais de santé et prévoyance pour l'ensemble des agents des Ministères en charge de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la culture et de la communication, de la jeunesse et des sports, et de leurs établissements publics

Le présent Cahier des charges comporte 18 pages numérotées de 1 à 18 et 7 annexes :

- **Annexe I : Données démographiques et salariales et données sur la sinistralité**
- **Annexe II : Niveau d'activité et Situation financière et prudentielle**
- **Annexe III : Offres tarifaires**
- **Annexe IV : Maîtrise financière et degré de solidarité**
- **Annexe V : Comptes de résultats et tableaux de bord**
- **Annexe VI : Tableaux de garanties Frais de santé et Prévoyance**
- **Annexe VII - Questionnaire technique**

SOMMAIRE

Préambule	5
Article I Objet de la consultation	5
Article II Engagement réciproque des parties	6
Article III Durée des engagements réciproques	6
Article IV Résiliation	7
Article V Traitement de référence	7
a. Base de calcul des cotisations	7
b. Base de calcul des prestations en prévoyance pour les actifs	7
Article VI Bénéficiaires	7
a. Prévoyance	7
b. Frais de santé	8
Article VII Information des bénéficiaires	8
Article VIII Conditions d'admission en prévoyance	9
a. A la date d'entrée en vigueur des conventions de référencement	9
b. Après la date d'entrée en vigueur des conventions de référencement	9
Article IX Prise d'effet et durée des garanties	9
Article X Revalorisation des prestations en prévoyance	10
Article XI Evolution des cotisations	10
Article XII Clause de réexamen des conventions – Modification des contrats ou règlements en cours d'exécution	11
Article XIII Paiement de la participation	11
Article XIV Descriptif des garanties frais de santé	11
a. Périmètre de la couverture	11
b. Contrat solidaire et responsable	11
c. Niveau des prestations	11
d. Exclusions	12
Article XV Descriptif des garanties prévoyance	12
a. Niveau des prestations	12
b. Exclusions	13
Article XVI Maintien des garanties	13
a. En cas de résiliation ou le non-renouvellement des conventions	13
b. En cas d'incapacité ou d'invalidité	13
c. En cas de radiation des effectifs	13
d. En cas de congé	13
Article XVII Objectifs en matière de suivi technique	14
Article XVIII Objectifs en matière de gestion du régime	15
a. Tiers payant	15
b. Réseau de soins	15
c. Interlocuteurs dédiés	15



d.	Engagements de délais de traitement	15
Article XIX	Objectifs en matière de prestations associées	15
Article XX	Dispositions particulières	16
Article XXI	Confidentialité	16
Article XXII	Propriété intellectuelle	17
Article XXIII	Utilisation de la langue française	17
Article XXIV	Obligations générales des organismes assureurs	17
Article XXV	Lieux d'exécution des prestations	18

Terminologie

Dans le présent document, les mots ci-dessous recouvrent les acceptions respectives suivantes :

MENESR	Ministère en charge de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
MCC	Ministère en charge de la Culture et de la Communication
MJS	Ministère en charge de la Jeunesse et des Sports
Les Ministères	MENESR, MCC et MJS désignés ci-après pouvoir adjudicateur
Organisme assureur	Les mutuelles et unions de mutuelles, les institutions de prévoyance, les entreprises d'assurances, telles que mentionnées à l'article 3 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels
Assureur	Terme employé au sens technique sans référence à la structure juridique
Affilié	Bénéficiaire du contrat d'assurance ou du règlement mutualiste en tant qu'agent, ayant droit (conjoint, partenaire pacsé, concubin et enfant), retraité ou ayants cause (orphelin, veuve ou veuf...).
Titulaire	Les organismes assureurs retenus pour l'exécution de la convention de référencement conclue à l'issue de la présente consultation
Contrat collectif / règlement collectif	Contrat d'assurance ou règlement mutualiste relatif aux opérations collectives, conclu en application de la convention de référencement, conforme aux dispositions de l'article L. 221-2, III et le dernier alinéa de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité (Mutuelle), l'article L. 141-1 du Code des assurances (Entreprise d'assurance) ou l'article L. 932-14 du Code de la Sécurité sociale (Institution de prévoyance).



Préambule

Les Ministères chargés de :

- **L'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur et de la Recherche** (MENESR),
- **La Culture et de la Communication** (MCC),
- **De la Jeunesse et des Sports** (MJS),

Ainsi que **les établissements publics autres que ceux à caractère industriel et commercial qui leur sont rattachés**, ont décidé de mettre en œuvre, ensemble, la procédure de mise en concurrence des organismes fournissant des prestations de protection sociale complémentaire, issue du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche mène, en concertation avec les deux autres Ministères, ladite procédure.

Pour chaque ministère, les services associés à la procédure de mise en concurrence sont les suivants :

Au sein de la direction générale des ressources humaines **du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**, le bureau DGRH C1-3 (bureau de l'action sanitaire et sociale) met en œuvre la politique de santé et de sécurité au travail pour l'ensemble des personnels de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que la politique d'action sociale pour l'ensemble des personnels de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, en activité ou à la retraite. Il pilote et met en œuvre la réglementation en matière d'hygiène, de sécurité et de médecine de prévention. Il assure le secrétariat des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ministériels compétents pour l'enseignement scolaire, l'enseignement supérieur et la recherche. Il pilote la politique et les moyens d'action sociale et gère les relations avec les mutuelles. Il assure le secrétariat de la commission nationale d'action sociale.

Au sein du service des ressources humaines du secrétariat général **du ministère de la culture et de la communication**, le bureau de l'action sociale contribue à l'élaboration de la politique sociale ministérielle et la met en œuvre pour l'ensemble des personnels rémunérés par le ministère et pour les pensionnés. Il assure le secrétariat du comité national d'action sociale, de la commission de réforme et du comité médical ministériels ainsi que la prise en charge des suites financières d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Au sein du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction des ressources humaines - bureau SD3D (bureau de l'action sociale) met en œuvre et pilote pour l'ensemble des personnels des ministères des affaires sociales, de la santé, des droits des femmes, ainsi que du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, **de la jeunesse et des sports**, la politique et les moyens d'action sociale, et gère également les relations avec les mutuelles.

Article I **Objet de la consultation**

La présente consultation a pour objet, en application des dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au



financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, la mise en œuvre de conventions de référencement pour la mise en place d'un **régime de protection sociale complémentaire en prévoyance et frais de santé** pour l'ensemble des agents (titulaires, stagiaires, contractuels de droit public) des Ministères et de l'ensemble des établissements publics qui leur sont rattachés.

Ce régime de protection sociale complémentaire comprendra un **couplage intégral obligatoire des garanties frais de santé et prévoyance** (incapacité temporaire de travail, invalidité, décès).

L'adhésion des agents aux garanties frais de santé (offre de base ou option 1 ou option 2) entraîne donc obligatoirement l'adhésion conjointe et indissociable aux garanties prévoyance (incapacité temporaire de travail, invalidité, décès).

Les autres catégories d'affiliés (ayants droit de l'agent, retraités...) ne bénéficient pas de ce couplage intégral des garanties frais de santé et prévoyance. Lorsqu'ils adhèrent aux garanties frais de santé, ils bénéficient obligatoirement des mêmes niveaux de couverture que ceux proposés aux agents en activité.

Les contrats d'assurances ou règlements mutualistes rattachés aux conventions de référencement seront **collectifs à adhésion facultative** tels que définis à l'article L. 221-2, III et dernier alinéa de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité (Mutuelle), l'article L. 141-1 du Code des assurances (Entreprise d'assurance) ou l'article L. 932-14 du Code de la Sécurité sociale (Institution de prévoyance). Par conséquent, la souscription au régime de protection sociale complémentaire est facultative pour l'ensemble des agents.

Article II Engagement réciproque des parties

L'engagement réciproque des parties résulte de la signature conjointe des conventions de référencement entre les Ministères et les organismes assureurs sélectionnés au terme de la présente procédure de mise en concurrence.

Chaque Ministère signera avec chaque organisme assureur une convention de référencement.

De plus, chaque convention de référencement sera obligatoirement accompagnée des documents contractuels de l'organisme assureur pour lequel les offres d'assurances ont été référencées (contrat collectif ou règlement mutualiste relatif aux opérations collectives) et garantissant la couverture de l'ensemble des risques déterminés au sein du présent cahier des charges.

Article III Durée des engagements réciproques

Les conventions de référencement prendront effet, au plus tôt, à compter du **1^{er} juillet 2017**. La durée des conventions de référencement est de **sept (7) ans**. Le terme des conventions est fixé au **30 juin 2024**.

Toutefois, elles pourront être prorogées pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant pas excéder **un (1) an**, soit jusqu'au **30 juin 2025**.



Article IV Résiliation

Les conventions de référencement et les contrats collectifs ou règlements collectifs conclus pour leur application, sont, outre les conditions prévues par les différents Codes (Code des Assurances, Code de la Mutualité, Code de la Sécurité Sociale), résiliables annuellement à l'échéance, quel que soit le motif, moyennant un **préavis** de :

- **4 mois** pour l'organisme assureur ;
- **2 mois** pour le pouvoir adjudicateur.

En tout état de cause, la résiliation avant le terme de la ou des conventions de référencement à l'initiative d'un ou des Ministères ou d'un ou des organismes assureurs, devra être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

La résiliation d'une ou des conventions de référencement entraîne de plein droit la caducité du ou des contrats collectifs ou règlements collectifs par disparition de leur objet.

Article V Traitement de référence

a. Base de calcul des cotisations

Le traitement de référence servant de base pour le calcul des cotisations correspond à la rémunération brute fiscale pour les actifs et la pension soumise à l'impôt sur le revenu pour les retraités.

b. Base de calcul des prestations en prévoyance pour les actifs

La base de calcul est définie comme étant la rémunération brute fiscale que l'agent aurait perçue s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Article VI Bénéficiaires

Les agents du MENESR, MCC et MJS détachés ou mis à disposition, auprès d'autres Ministères, établissements publics ou collectivités et les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement peuvent bénéficier des conventions de référencement mises en œuvre au titre de la présente consultation. Les organismes assureurs ne pourront en aucune manière refuser leur adhésion au contrat collectif ou règlement collectif rattaché à la convention de référencement dont ils dépendent, quelle que soit la raison invoquée.

a. Prévoyance

Les bénéficiaires des garanties prévoyance sont l'ensemble des agents des Ministères et des établissements publics qui leur sont rattachés, à savoir :

- Les agents titulaires (fonctionnaires) actifs ;
- Les agents non titulaires de droit public (contractuels) actifs ;
- Les stagiaires (pré-titularisation) ;



b. Frais de santé

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont :

- **Les agents titulaires** (fonctionnaires) **et non titulaires de droit public** (contractuels) ainsi que leurs **ayants droit** ;
- **Les stagiaires** (pré-titularisation) ainsi que leurs **ayants droit** ;
- **Les retraités** (actuels et futurs) ainsi que leurs **ayants droit** ;
- **Les ayants cause** (à savoir les veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels et retraités décédés).

Pour l'application des dispositions au titre de la présente consultation, le terme « ayant droit » concerne :

- **Le conjoint** de l'affilié principal (agent ou retraité), tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **La personne vivant en concubinage** (au sens de l'article 515-8 du Code civil) avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile ;
- **Les enfants** de l'affilié principal (agent ou retraité), de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - o Agés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - o Agés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection maladie universelle (Puma) ;
 - o Agés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - o Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé - AAH - (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Article VII Information des bénéficiaires



Les notices d'information établies par les organismes assureurs devront impérativement être remises à chaque bénéficiaire des garanties prévoyance et/ou frais de santé.

Ces notices d'information définissent les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elles préciseront également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Article VIII Conditions d'admission en prévoyance

a. A la date d'entrée en vigueur des conventions de référencement

Tous les agents actifs demandant leur adhésion au régime de protection sociale complémentaire prévoyance donnant lieu à la participation et étant inscrits sur les listes du personnel des Ministères bénéficient, sans délai et automatiquement, de l'ensemble des garanties complémentaires prévoyance auprès de l'organisme assureur référencé de leur choix.

L'adhésion des agents aux contrats collectifs ou aux règlements collectifs ne peut être conditionnée par leur âge ou leur état de santé, par conséquent elle s'effectue sans questionnaire ni contrôle médical.

b. Après la date d'entrée en vigueur des conventions de référencement

Les agents actifs peuvent adhérer aux contrats collectifs ou aux règlements collectifs mis en œuvre par les conventions de référencement postérieurement à leur entrée en vigueur.

Article IX Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à la date prévue à l'article III du présent cahier des charges.

Les garanties prévoyance des contrats collectifs ou règlements collectifs mises en œuvre par les conventions de référencement cessent de produire leurs effets :

- A la date à laquelle l'affilié ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre des conventions de référencement ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- En cas de cessation d'activité pour les affiliés admis à faire valoir leurs droits à la retraite ou à l'âge légal d'ouverture des droits à pension de vieillesse (pour les agents en retraite anticipée pour invalidité) ;
- A la date d'effet de la radiation de l'affilié des effectifs des Ministères ou des établissements publics qui leur sont rattachés dans le respect des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article XVI du présent cahier des charges ;
- A la date d'effet de la résiliation ou de non renouvellement de la ou des conventions de référencement et, en conséquence, du ou des contrats collectifs ou règlements collectifs qu'elles mettent en œuvre dans le respect des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article XVI du présent cahier des charges.



Les garanties en santé des contrats collectifs ou règlements collectifs mises en œuvre par les conventions de référencement cessent de produire leurs effets dans les conditions suivantes :

- A la date à laquelle l'affilié ne remplit plus les conditions pour bénéficier des garanties au titre des conventions de référencement ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date d'effet de la résiliation de la ou des conventions de référencement et, en conséquence, du ou des contrats collectifs ou règlements collectifs qu'elles mettent en œuvre dans le respect des dispositions relatives au maintien des garanties de l'article XVI du présent cahier des charges.

Article X Revalorisation des prestations en prévoyance

Les prestations en prévoyance seront obligatoirement revalorisées annuellement selon les modalités de revalorisation précisées par le titulaire dans son offre.

Article XI Evolution des cotisations

Les organismes assureurs s'engagent à respecter la durée de maintien des cotisations du régime prévoyance et frais de santé indiquée à l'annexe 3 du présent Cahier des charges.

Au cours de cette période, les cotisations ne pourront pas faire l'objet d'une revalorisation ou d'une actualisation. Ce maintien s'entend à réglementation et législation constantes en matière de protection sociale.

Au-delà de la période de maintien des taux de cotisation, les organismes assureurs s'engagent à appliquer sur la durée des conventions de référencement, les taux de cotisation renseignés à l'annexe « Offres tarifaires » du présent cahier des charges.

Les organismes assureurs s'engagent à demander aux Ministères et à justifier, en précisant les motifs, toute augmentation exceptionnelle des tarifs au moins quatre (4) mois avant la date annuelle de renouvellement du contrat collectif ou du règlement mutualiste relatif aux opérations collectives.

En tout état de cause, à l'issue de la période de maintien des cotisations, les parties engageront une négociation pour l'application éventuelle, de la revalorisation annuelle des cotisations qui, sauf modifications de la législation et la réglementation applicable en matière de protection sociale, ne pourra excéder 5 % tant en santé qu'en prévoyance.

Les Ministères disposeront d'un délai d'un (1) mois pour répondre favorablement ou défavorablement à la demande d'augmentation tarifaire. En tout état de cause, le silence des Ministères, postérieurement au délai d'un mois, vaut refus de la demande d'augmentation tarifaire.



Article XII Clause de réexamen des conventions – Modification des contrats ou règlements en cours d'exécution

En cas de modification de la législation ou de la réglementation applicable en matière de protection sociale (ayant, notamment, de façon directe ou indirecte un impact sur les prestations en nature ou en espèce versées par l'organisme assureur), les Ministères réexamineront, éventuellement, certaines conditions d'exécution des conventions de référencement afin de les adapter auxdites modifications.

Article XIII Paiement de la participation

Les Ministères et les établissements publics qui leur sont rattachés procéderont au paiement de la participation au titre de l'exercice N sous réserve de disposer de l'ensemble des justificatifs mentionnés au chapitre III du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et à l'arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'Etat.

Article XIV Descriptif des garanties frais de santé

a. Périmètre de la couverture

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 sur l'assurance 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.

b. Contrats solidaires et responsables

Conformément aux exclusions et obligations de prise en charge des contrats « solidaires » et « responsables » le régime frais de santé prévoit que :

- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du bénéficiaire et aucune information médicale ne pourra être recueillie à cette fin ;
- Les garanties respectent les planchers et plafonds de prise en charge mentionnées à l'article L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, ainsi que son décret d'application ;
- Les frais restant à charge des assurés ne peuvent donner lieu à prise en charge pour les dépenses suivantes :
 - o les participations forfaitaires et franchises médicales laissées à la charge de l'assuré social ;
 - o la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré social n'aura pas désigné de médecin traitant ou qu'il consultera sans prescription de son médecin traitant (situation dite « hors parcours de soins »), les « dépassements d'honoraires autorisés » lorsque l'assuré social aura consulté un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par son médecin traitant ;
 - o tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.

c. Niveau des prestations



Les garanties et le niveau des prestations du régime frais de santé sont précisés dans l'annexe VI « tableaux de garanties frais de santé et prévoyance ».

Le régime frais de santé est composé d'une offre de base et de deux options. Les bénéficiaires pourront choisir librement le niveau de leur couverture lors de leur adhésion.

L'organisme assureur s'engage à respecter les modalités de changements du niveau de couverture (périodicité...) prévues dans son offre.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et incluent la part du remboursement de la Sécurité sociale.

Concernant les garanties « optique » et « dentaire », les prestations seront, en revanche, exprimées forfaitairement (en euros).

Les remboursements au titre du régime complémentaire s'entendent dans la limite des frais réels.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne seront pas pris en charge par le régime complémentaire, sauf disposition contraire figurant expressément dans les tableaux de garanties présentés en annexe VI du présent cahier des charges.

Dans le cadre des contrats responsables, les prises en charges des dépassements d'honoraires indiquées dans les tableaux de garanties font la distinction pour les praticiens (généraliste, spécialiste...) ayant signé un contrat d'accès aux soins (praticien CAS), ceux non adhérents à ce contrat (praticien non CAS).

En tout état de cause lors de l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention médicale signée le 25 août 2016, les garanties faisant référence au « contrat d'accès aux soins » (CAS) devront viser l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ou l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique).

d. Exclusions

Les organismes assureurs devront impérativement préciser clairement dans les conditions générales et particulières des contrats collectifs ou dans les règlements mutualistes collectifs, l'ensemble des exclusions applicables.

Article XV Descriptif des garanties prévoyance

a. Niveau des prestations

Les garanties de protection sociale complémentaire prévoyance à proposer aux agents des Ministères, et couplées avec les garanties frais de santé, sont décrites et résumées en annexe VI du présent cahier des charges.

Ces garanties complémentaires comprendront obligatoirement la prise en charge de :

- L'Incapacité temporaire de travail ;
- L'Invalidité permanente totale / Perte d'autonomie ;



- L'invalidité ;
- Décès.

b. Exclusions

Les organismes assureurs devront impérativement préciser clairement dans les conditions générales et particulières des contrats collectifs ou dans les règlements mutualistes collectifs, l'ensemble des exclusions applicables.

Article XVI Maintien des garanties

a. En cas de résiliation ou le non-renouvellement des conventions

En cas de résiliation ou le non-renouvellement d'une ou des conventions de référencement, et par voie de conséquence du ou des contrats collectifs ou règlements collectifs conclus à ce titre, le service des prestations en prévoyance est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation jusqu'à la survenance d'un événement contractuellement prévu mettant fin à la garantie (reprise d'activité, retraite, décès...).

Ainsi, la résiliation ou le non-renouvellement des contrats collectifs ou règlements collectifs mis en œuvre au titre des conventions de référencement est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées qui sont acquises ou nées durant son exécution.

Dès lors, le principe est que les prestations de protection sociale complémentaire liées à la réalisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité desdits contrats ou règlements ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure ou le non-renouvellement des conventions de référencement et par voie de conséquence des contrats collectifs ou règlements collectifs souscrits dans ce cadre.

Par ailleurs, la résiliation ou le non-renouvellement des contrats collectifs ou règlements collectifs mis en œuvre au titre des conventions de référencement est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité. Ainsi, les garanties décès sont maintenues pour les agents en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

b. En cas d'incapacité ou d'invalidité

L'organisme assureur devra impérativement maintenir la couverture « frais de santé » dans les conditions antérieures, pour les affiliés en situation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou de mise à la retraite par anticipation pour invalidité.

c. En cas de radiation des effectifs

En cas de radiation des agents des effectifs des Ministères ou des établissements publics qui leur sont rattachés, pour mise à la retraite par anticipation pour invalidité, l'organisme assureur maintiendra les garanties de ces agents à titre individuel.

d. En cas de congé



En cas de congé pour raison de santé prévu par le statut de la fonction publique (CMO, CLM, CLD, CGM)¹, ou par le Code du travail le cas échéant, les garanties frais de santé et prévoyance sont maintenues dans les conditions antérieures, si l'agent n'en manifeste pas la volonté contraire avant le début effectif de son congé.

Article XVII Objectifs en matière de suivi technique

Les Ministères souhaitent anticiper et piloter les résultats du régime de protection sociale complémentaire afin de définir dans les meilleures conditions les mesures à prendre tant sur le plan de l'aménagement des garanties que sur le plan d'une actualisation éventuelle des cotisations.

Par conséquent, les organismes assureurs s'engagent à participer, au minimum, à 2 réunions annuelles du comité de pilotage du régime pour chaque Ministère.

Les organismes assureurs présenteront conformément à l'annexe V (comptes de résultats et tableaux de bord) du présent cahier des charges les éléments suivants :

- Avant le 30 juin de l'exercice N : les comptes de résultats techniques définitifs arrêtés au 31 décembre de l'exercice N-1, présentés pour chaque risque (frais de santé, décès, incapacité, invalidité...), au global et pour chaque Ministère, par exercice comptable et par exercice de survenance ;
- Avant le 30 juin de l'exercice N : une analyse détaillée de la sinistralité du régime complémentaire, présentée pour chaque risque (frais de santé, décès, incapacité, invalidité...), au global et pour chaque Ministère, ainsi que la liste des sinistres indemnisés au titre de l'exercice clos avec le montant des provisions mathématiques constituées tête par tête par l'assureur ;
- Avant le 30 juin de l'exercice N : les pièces justifiant la mise en place d'une comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation de la participation financière dont bénéficient ses agents dans le respect des principes de solidarité appliqués aux garanties complémentaires ;
- Avant le 30 juin de l'exercice N : la liste anonymisée de l'ensemble des bénéficiaires des offres référencées ;
- Avant le 30 juin de l'exercice N : le fichier des transferts de solidarité calculés tête par tête par l'organisme assureur et permettant de justifier le versement de la participation financière des Ministères ;
- Avant le 30 septembre de l'exercice en cours : une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des cotisations souhaitées par l'organisme assureur pour la prochaine échéance, basées sur les résultats prévisionnels du régime au titre de l'exercice en cours et des exercices précédents ;
- Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par le(s) Ministère(s).

¹ Congé de maladie ordinaire (CMO), Congé de longue maladie (CLM), Congé de longue durée (CLD), Congé de grave maladie pour les agents non titulaires (CGM).



Conformément à leur offre, les organismes assureurs transmettront pour la présentation des comptes de résultats définitifs et des analyses sur la sinistralité du régime complémentaire, au minimum les éléments présentés dans l'annexe V du présent cahier des charges.

Article XVIII Objectifs en matière de gestion du régime

Si les organismes assureurs souhaitent déléguer la gestion à un courtier gestionnaire ou tout autre organisme tiers spécialisé, au cours des conventions de référencement, ils devront en informer les Ministères et obtenir préalablement leur accord express.

Les Ministères souhaitent que l'ensemble des bénéficiaires du dispositif de protection sociale complémentaire prévoyance et frais de santé jouissent d'une grande qualité de service dans le règlement des prestations, les services associés (prévention, action sociale...), et seront attentifs aux points ci-dessous de l'offre de service de l'organisme assureur.

a. Tiers payant

Une carte d'adhérent sera remise, dans des délais raisonnables, à chaque bénéficiaire afin qu'il bénéficie des accords de tiers payant mis en place par l'organisme assureur, notamment en hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire, radiologie et analyses médicales.

b. Réseau de soins

Dans un objectif d'une meilleure maîtrise financière du dispositif de protection sociale complémentaire frais de santé, les organismes assureurs devront être en mesure de proposer un réseau de soins notamment en optique, audioprothèse et dentaire intégrant des tarifs préférentiels ou accords tarifaires.

c. Interlocuteurs dédiés

Les organismes assureurs devront désigner divers interlocuteurs dédiés pour toutes les questions et demandes relatives au suivi et à l'évolution du régime et au paiement des prestations.

d. Engagements de délais de traitement

Les organismes assureurs doivent respecter les délais de traitement des principaux actes de gestion (en jours ouvrés, hors délais postaux) indiqués dans leur offre, et notamment :

- Les délais et modalités d'envoi des bulletins de déclaration des bénéficiaires décès ;
- Les délais de rédaction et d'impression de la notice d'information ;
- Les délais de constitution des fichiers d'adhésions ;
- Les délais d'émission des cartes de tiers payant ;
- Les délais de connexion des flux Noémie ;
- Les délais de remboursement des prestations santé (avec et sans noémisation) ;
- Les délais de transmission d'une prise en charge hospitalière ;
- Les délais de validation de devis optique et dentaire ;
- Les délais de versement des prestations prévoyance...

Article XIX Objectifs en matière de prestations associées



Outre les garanties prévues par le contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre par les conventions de référencement, les organismes assureurs devront être en capacité de proposer et mettre en œuvre des prestations associées destinées à répondre spécifiquement aux enjeux que les organismes auront identifiés au-delà du couplage obligatoire santé-prévoyance, et notamment en matière de dépendance.

Article XX Dispositions particulières

L'ensemble des dispositions du présent Cahier des charges constitue les conditions particulières aux contrats collectifs ou règlements collectifs au titre desquels les conventions de référencement ont été conclues.

Ces dispositions sont réputées déroger à toutes conditions de garanties (générales, particulières, spéciales...) émises par les organismes assureurs et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions des organismes assureurs comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'affilié, leur application reprendrait un caractère prioritaire.

Il est convenu que les garanties s'exerceront dès la prise d'effet des conventions de référencement.

Article XXI Confidentialité

L'ensemble des documents et informations du présent Cahier des charges et de ses annexes, ainsi que ceux transmis ultérieurement au cours de l'exécution des conventions de référencement et des contrats ou règlements collectifs, conclus au titre de la présente consultation, quel qu'en soient le support et la forme, sont strictement confidentiels et couverts par le secret professionnel (article 226-13 du Code pénal).

Les organismes assureurs s'engagent, pendant toute la durée des conventions de référencement, mais également après le terme de celles-ci, à respecter de façon absolue les obligations suivantes et à les faire respecter par leur personnel et, le cas échéant, par leurs prestataires et sous-traitants :

- Ne pas divulguer ces documents ou informations à d'autres personnes, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales, sauf en cas d'accord express et préalable des Ministères, accord qui peut être refusé à l'entière discrétion de ces derniers ;
- Prendre toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des données et fichiers communiqués par les Ministères aux organismes assureurs référencés.

Il est rappelé que, en cas de non-respect des dispositions précitées, la responsabilité des organismes assureurs référencés peut également être engagée sur la base, notamment, des dispositions des articles 226-17 et 226-5 du Code pénal, sauf s'ils sont obligés de divulguer ces documents ou informations en application d'une obligation légale, réglementaire, ou d'une décision judiciaire ou administrative.



Article XXII Propriété intellectuelle

Les prestations réalisées au titre de la présente consultation et plus globalement, au cours de l'exécution des conventions de référencement et des contrats collectifs ou règlements collectifs conclus dans ce cadre, brevetables ou non, tels que notamment les rapports et autres documents spécifiquement conçus ou mis au point par les organismes assureurs, sous quelque forme que ce soit (hormis ceux qui relèvent de la communication institutionnelle desdits organismes) deviennent la propriété des Ministères, à compter de leur communication aux intéressés.

Les Ministères, pourront en disposer librement et pour quelque usage que ce soit, sans devoir en référer aux titulaires et sans que ces derniers puissent s'y opposer.

Les organismes assureurs s'engagent à ne pas, sans l'autorisation expresse des Ministères, reproduire, publier, distribuer, traduire, adapter ou utiliser, de quelque manière que ce soit, l'ensemble des documents et informations du présent cahier des charges, ainsi que ceux qui seront transmis ultérieurement au cours de l'exécution des conventions de référencement et des contrats collectifs ou règlements collectifs conclus au titre de la présente consultation.

Article XXIII Utilisation de la langue française

Conformément à la loi n° 94-665 du 4 août 1994, l'usage de la langue française est obligatoire notamment dans les réunions de travail, les comptes rendus d'avancement, les rapports d'analyse, les courriers, la documentation sans que cette liste puisse être considérée comme exhaustive.

Article XXIV Obligations générales des organismes assureurs

Les organismes assureurs doivent répondre à l'obligation de conseil et de mise en garde la plus stricte. A ce titre, ils s'engagent notamment, d'une manière générale à :

- Répondre, dans un délai ne pouvant excéder trois (3) jours ouvrés à compter de la saisine, à toute demande de renseignements émanant des Ministères et communiquer à ces derniers tout conseil et toute information qu'ils estiment nécessaire, concernant les prestations relatives aux conventions de référencement ;
- Demander aux Ministères toute information ou tout renseignement qu'ils jugent nécessaire à la bonne exécution des prestations ;
- Reprendre tous les points pour lesquels les ministères ont opposé des remarques ;
- Apporter tout le soin et toute la diligence nécessaires à l'exécution des prestations faisant l'objet des conventions de référencement ;
- Fournir les prestations assurées, le cas échéant livrer les produits finis, et respecter les délais d'exécution demandés ;
- Observer les modalités de suivi, telles que décrites dans le présent cahier des charges.

Les organismes assureurs ou leur personnel devant avoir accès aux locaux des Ministères sont



nommément agréés et soumis pendant leur séjour aux mêmes règles de discipline que les agents de l'administration.

Article XXV Lieux d'exécution des prestations

Les prestations se déroulent dans tous les lieux où les Ministères, leurs services déconcentrés et les établissements qui leur sont rattachés sont établis, à savoir la France métropolitaine, Outre-Mer et Etranger.