



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

CAHIER DES CHARGES

Mise en œuvre d'une convention 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 et de leurs établissements publics

Le présent Cahier des charges comporte 15 pages numérotées de 2 à 15 et 6 annexes :

- Annexe I : Données démographiques et salariales et données sur la sinistralité
- Annexe II : Niveau d'activité et Situation financière et prudentielle
- Annexe III : Offre tarifaire
- 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

SOMMAIRE

Préambule	4
Article I – Objet de la consultation	4
Article II – Engagement réciproque des parties	4
Article III – Durée des engagements réciproques	5
Article IV – Résiliation	5
Article V – Traitement de référence	5
a. Base de calcul des cotisations	5
b. Base de calcul des prestations	5
Article VI – Bénéficiaires	6
a. Prévoyance	6
b. Frais de santé	6
Article VII – Information des bénéficiaires	7
Article VIII – Conditions d’admission en prévoyance	7
a. A la souscription du contrat collectif ou du règlement collectif	7
b. Après la date d’adhésion au contrat collectif ou au règlement collectif	7
Article IX – Prise d’effet et durée des garanties	7
Article X – Revalorisation des prestations en prévoyance	8
Article XI – Evolution des cotisations	8
Article XII – Descriptif des garanties frais de santé	9
a. Périmètre de la couverture	9
b. Contrat solidaire et responsable	9
c. Niveau des prestations	9
d. Exclusions	10
e. Maintien des garanties pour les assurés en congé	10
f. Maintien de la couverture pour les assurés en arrêt de travail	10
Article XIII – Descriptif des garanties prévoyance	10
a. Niveau des prestations	10
b. Exclusions	10
c. Maintien de la garantie prévoyance	11
Article XIV – Maintien des garanties	11
Article XV – Objectifs en matière de suivi technique	11
Article XVI – Objectifs en matière de gestion du régime	12
a. Tiers payant	12
b. Réseau de soins	12
c. Interlocuteurs dédiés	13
d. Engagements de délais de traitement	13
Article XVII – Objectifs en matière de prestations associées	13
a. Dépendance	13
b. Prévention	13
c. Assistance	13
d. Autres	14
Article XVII – Dispositions particulières	14
ARTICLE XVIII – Confidentialité	14
ARTICLE XIX – Propriété intellectuelle	15



Terminologie

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

MENESR	Ministère en charge de l'Education Nationale, de l'Enseignements supérieur et de le Recherche
MCC	Ministère en charge de la Culture et de la Communication
MVJS	Ministère en charge de la Ville, de la Jeunesse et des Sports
Les Ministères	MENESR, MCC et MVJS
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
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...).

Préambule

Les Ministères chargés de :

- L'Education nationale, l'Enseignement supérieur et la Recherche (MENESR),
- De la Ville, de la Jeunesse et les Sports (MVJS),
- La Culture et la Communication (MCC),

Ainsi que **les établissements 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'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche mène, en concertation avec les autres Ministères, ladite procédure.

Article I – Objet de la consultation

Les Ministères souhaitent, en application des dispositions du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007, mettre en œuvre une convention 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 obligatoire des garanties frais de santé et prévoyance** (incapacité temporaire de travail et tout ou partie de l'invalidité et du décès).

L'adhésion des agents aux garanties Frais de Santé entraîne donc obligatoirement l'adhésion conjointe et indissociable aux garanties prévoyance (incapacité temporaire de travail, 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. De plus, lorsqu'ils adhèrent aux garanties frais de santé, ils bénéficient obligatoirement des mêmes niveaux de couverture que ceux proposés aux agents en activité.

Le contrat d'assurance ou règlement mutualiste rattaché à la convention de référencement sera **collectif à adhésion facultative** (article L. 221-2, III et dernier alinéa de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité ; article L. 141-1 du Code des assurances ; article L. 932-14 du Code de la Sécurité sociale). Par conséquent, la souscription au régime de protection sociale complémentaire est facultative pour l'ensemble des agents.

Article II – Engagement réciproque des parties

La convention de référencement sera obligatoirement accompagnée des documents contractuels de l'organisme assureur (contrat collectif ou règlement - mutualiste ou non - relatif aux opérations collectives).

L'engagement réciproque des parties résulte, d'une part, de la signature de la convention de référencement entre les Ministères et le(s) organisme(s) assureur(s), et d'autre part, de la

signature des différents contrats collectifs ou règlements collectifs, garantissant la couverture de l'ensemble des risques déterminés au sein du présent cahier des charges.

Par ailleurs, tout ou partie des Ministères signeront leur propre convention de référencement avec le(s) organisme(s) assureur(s) ou une seule et unique convention de référencement ou aucune.

En cas de mise en œuvre du référencement, par les Ministères, au moyen d'une unique convention de référencement, dite « cadre », chaque Ministère aura la possibilité de conclure avec le(s) organisme(s) assureur(s) une convention d'adhésion à la convention cadre (précisant, notamment, les modalités d'organisation du pilotage et du suivi du dispositif de référencement au sein d'un Comité de pilotage ministériel – cf. article XIV ci-dessous).

Article III – Durée des engagements réciproques

La convention de référencement prendra effet au plus tôt à compter du 1^{er} juillet 2017. La durée de la convention de référencement est de 7 ans. Le terme de la convention est fixé au 30 juin 2024.

Toutefois, elle pourra être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant pas excéder un an, soit jusqu'au 30 juin 2025.

Article IV – Résiliation

Outre les conditions prévues par les différents Codes (Code des Assurances, Code de la Mutualité, Code de la Sécurité Sociale), le contrat collectif ou règlement collectif est résiliable annuellement à l'échéance, 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 convention de référencement à l'initiative des Ministères ou de l'organisme assureur, devra être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception.

Article V – Traitement de référence

a. Base de calcul des cotisations

Les cotisations sont déterminées en fonction de la rémunération.

b. Base de calcul des prestations

S'agissant du calcul des prestations en prévoyance, la base de garantie est définie comme étant le traitement de référence, que l'agent aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge.

Article VI - Bénéficiaires

a. Prévoyance

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

- Les fonctionnaires (titulaires, stagiaires...) actifs ;
- Les agents de droit public actifs.

Les agents détachés ou mis à disposition, du MENESR, MCC et MVJS, auprès d'autres Ministères, établissements publics ou collectivités peuvent également bénéficier de la convention de référencement mise en œuvre au titre de la présente consultation. Le prestataire ne pourra en aucune manière refuser leur adhésion, quelle que soit la raison invoquée.

b. Frais de santé

Les bénéficiaires des garanties frais de santé sont :

- L'ensemble des agents actifs (fonctionnaires stagiaires et titulaires et agents de droit public) des Ministères et des établissements publics qui leurs sont rattachés ;
- Leurs ayants cause ;
- Les retraités (actuels et futurs) ;
- 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 et :
 - 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 ;

- 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

Une notice d'information établie par l'organisme assureur devra impérativement être remise à chaque bénéficiaire des garanties prévoyance et/ou frais de santé.

Cette notice d'information définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Article VIII – Conditions d'admission en prévoyance

a. A la souscription du contrat collectif ou du règlement collectif

Tous les agents actifs demandant leur adhésion au régime de protection sociale en prévoyance et étant inscrits sur les listes du personnel des Ministères bénéficient, sans délai et automatiquement, de l'ensemble des garanties de protection sociale complémentaire prévoyance.

L'adhésion des agents au contrat collectif ou au règlement collectif 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'adhésion au contrat collectif ou au règlement collectif

Les agents actifs peuvent adhérer au contrat collectif ou au règlement collectif mis en œuvre par la convention de référencement postérieurement à son entrée en vigueur.

Toutefois, et conformément aux points 2° et 3° de l'article 16 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007, la tarification pourra :

- Être éventuellement établie sur la base d'un questionnaire médical uniquement si l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique. La cotisation pourra éventuellement faire l'objet d'une majoration ;
- Être éventuellement majorée d'un coefficient équivalent à 2 % par année d'ancienneté dans la fonction publique postérieure à l'âge de 30 ans.

Article IX – Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à la date prévue à l'article 3 du présent cahier des charges.

Les garanties prévoyance du contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre par la convention 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 de la présente convention 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 ;
- A la date d'effet de la radiation de l'affilié des effectifs des Ministères ou de leurs établissements publics qui leur sont rattachés ;
- A la date d'effet de la résiliation de la convention de référencement et, en conséquence, du contrat collectif ou règlement collectif qu'elle met en œuvre.

Les garanties en santé du contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre par la convention 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 de la présente convention de référencement ;
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- A la date d'effet de la résiliation de la convention de référencement et, en conséquence, du contrat collectif ou règlement collectif qu'elle met en œuvre.

Article X – Revalorisation des prestations en prévoyance

Les prestations en prévoyance seront obligatoirement revalorisées annuellement en fonction de l'évolution de la valeur du point d'indice de la Fonction Publique.

Article XI – Evolution des cotisations

L'organisme assureur doit s'engager sur une durée de maintien des cotisations du régime prévoyance et frais de santé.

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, l'organisme assureur s'engage à appliquer sur la durée de la convention de référencement, les taux de cotisation renseignés à l'annexe « Offre tarifaire ».

Toutefois, selon l'article 19 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, le dépassement des limites tarifaires prévues dans l'offre n'est possible que dans les cas suivants et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité ;
- Variation du niveau de la participation ;

- Evolutions démographiques ;
- Modifications de la réglementation.

L'organisme assureur s'engage à informer les Ministères et à justifier toute augmentation des tarifs au moins 4 mois avant la date annuelle de renouvellement.

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 réglementation, 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 – 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 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. Contrat solidaire et responsable

Conformément aux exclusions et obligations de prise en charge des contrats « solidaire » et « responsable » 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 conditions (notamment 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'application¹.

c. Niveau des prestations

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

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.

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

¹ Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales et de sa circulaire d'application n° DSS/SD5B/2013/344 du 30 janvier 2015.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne seront pas pris en charge par le régime complémentaire, sauf disposition contraire figurant dans les tableaux de garanties présentés en annexe 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).

d. Exclusions

L'organisme assureur devra impérativement préciser clairement dans les conditions générales et particulières du contrat collectif ou dans le règlement mutualiste collectif, l'ensemble des exclusions applicables.

e. Maintien des garanties pour les assurés en congé

En cas de congé prévu par le statut de la fonction publique, ou par le code du travail le cas échéant, les garanties frais de santé sont maintenues, dans les conditions antérieures, si l'agent n'en manifeste pas la volonté contraire avant le début effectif de son congé.

f. Maintien de la couverture pour les assurés en arrêt de travail

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 ou d'invalidité.

Article XIII – 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 du présent cahier des charges.

Ces garanties complémentaires comprendront obligatoirement la prise en charge de :

- L'Incapacité temporaire de travail ;
- L'Invalidité permanente totale ;
- Les Frais d'obsèques / Décès ;
- La perte d'autonomie.

b. Exclusions

L'organisme assureur devra impérativement préciser clairement dans les conditions générales et particulières du contrat collectif ou dans le règlement mutualiste collectif, l'ensemble des exclusions applicables.

c. Maintien de la garantie prévoyance

Les garanties décès sont maintenues pour les agents en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

Article XIV – Maintien des garanties

En cas de résiliation de la convention de référencement, et par voie de conséquence du contrat collectif ou règlement collectif conclu 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 du contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre au titre de la convention 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 dudit contrat ou règlement ne peuvent être remises en cause par la résiliation ultérieure de la convention de référencement et par voie de conséquence du contrat collectif ou règlement collectif souscrit dans ce cadre.

Par ailleurs, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre au titre de la convention 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.

En cas de radiation des effectifs des Ministères ou des établissements publics qui leur sont rattachés, l'organisme assureur proposera à l'agent le maintien des garanties à titre individuel.

Article XV – 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, l'organisme assureur doit s'engager à participer, au minimum, à 2 réunions annuelles du comité de pilotage du régime pour chaque Ministère (cf. article II ci-dessus).

L'organisme assureur présentera conformément à l'annexe (comptes de résultats et reporting statistiques) 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...), 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 souhaités 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).

Le candidat devra s'engager pour la présentation des comptes de résultats définitifs et les analyses sur la sinistralité du régime complémentaire, à transmettre au minimum les éléments présentés dans l'annexe du présent cahier des charges.

Article XVI – Objectifs en matière de gestion du régime

Si l'organisme assureur souhaite déléguer la gestion à un courtier gestionnaire ou tout autre organisme tiers spécialisé, il devra 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 assuré 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, l'organisme assureur devra être en mesure de proposer un réseau de soins notamment en optique, audioprothèse et dentaire intégrant des tarifs préférentiels ou accords tarifaires.

L'organisme assureur devra indiquer dans sa réponse les modalités de fonctionnement de ce réseau, son étendue et implantation géographique et les professionnels de santé concernés et

dans la mesure du possible les tarifs négociés et les impacts attendus en matière de reste à charge pour l'affilié.

c. Interlocuteurs dédiés

L'organisme assureur devra 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

L'organisme assureur devra indiquer et s'engager sur des délais de traitement des principaux actes de gestion, et notamment sur :

- 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 XVII – Objectifs en matière de prestations associées

a. Dépendance

L'organisme assureur devra impérativement proposer une garantie dépendance en option ou en inclusion des garanties prévues dans le cadre de la convention de référencement.

L'organisme assureur devra respecter les modalités de prise en charge de cette garantie ainsi que les éventuelles exclusions, indiquées dans son offre.

En tout état de cause, le contrat collectif ou règlement collectif couvrant ce risque sera clairement identifié comme n'appartenant pas à l'offre de référence.

b. Prévention

En complément des garanties prévues par le contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre par la convention de référencement, l'organisme assureur devra être en capacité de proposer et mettre en œuvre des prestations de prévention (portant, notamment, sur la prévention des risques : des TMS, des cancers, des thèmes de sensibilisation aux risques professionnels, de l'adaptation au vieillissement...).

c. Assistance

L'organisme assureur devra détailler, en complément des garanties prévues par le contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre par la convention de référencement, l'étendue, le niveau des prestations et le coût de la garantie assistance qu'il souhaite proposer au titre du régime de protection sociale complémentaire des agents des Ministères.

d. Autres

L'organisme assureur s'engage à proposer, dans le cadre du contrat collectif ou règlement collectif mis en œuvre au titre de la convention de référencement, les avantages annexes suivants : la gratuité de la cotisation des enfants à compter du 2^e, un abattement de la cotisation pour les agents en congé de longue durée (CLD)...

Article XVII – Dispositions particulières

L'ensemble des dispositions du présent cahier des charges constitue les conditions particulières au contrat collectif ou règlement collectif au titre duquel la convention de référencement a été conclue.

Ces dispositions sont réputées déroger à toutes conditions de garanties (générales, particulières, spéciales...) émises par l'organisme assureur dans le cadre de la présente consultation et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions du candidat 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 de la convention de référencement.

ARTICLE XVIII – 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 de la convention de référencement et du contrat ou règlement, collectif, 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 candidats et le(s) organisme(s) assureur(s) référencé(s) s'engagent à respecter au cours de la présente consultation et pendant toute la durée de la convention de référencement conclus dans ce cadre, mais également après le terme de ceux-ci, de façon absolue, les obligations suivantes et à les faire respecter par son personnel et, le cas échéant, par ses prestataires et sous-traitants, c'est-à-dire notamment à :

- Ne pas utiliser les documents et informations de la présente consultation à des fins autres que celles nécessaires pour répondre au présent Cahier des charges et pour les besoins permettant l'exécution des prestations pour lesquelles le ou les organismes assureurs ont été retenus ;
- 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 candidats et, le cas échéant, à le ou aux organismes assureurs référencés.

Il est rappelé que, en cas de non-respect des dispositions précitées, la responsabilité des candidats et de(s) organisme(s) assureur(s) référencé(s) 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 XIX – Propriété intellectuelle

Les prestations réalisées au titre de la présente consultation et, plus globalement, au cours de l'exécution de la convention de référencement et du contrat collectif ou règlement collectif conclus dans ce cadre, brevetables ou non, tels que notamment les rapports et autres documents spécifiquement conçus ou mis au point par l'organisme assureur, sous quelque forme que ce soit (hormis ceux qui relèvent de la communication institutionnelle desdits candidats et 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 au(x) candidat(s) retenu(s) ou évincé(s) et sans que ces derniers puissent s'y opposer.

L'organisme assureur s'engage 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 de la convention de référencement et du contrat collectif ou règlement collectif conclus au titre de la présente consultation.

ARTICLE XX – 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 XXI – Obligations générales de l'organisme assureur

L'organisme assureur doit répondre à l'obligation de conseil et de mise en garde la plus stricte. A ce titre, il s'engage notamment, d'une manière générale à :

- répondre, dans un délai ne pouvant excéder 3 jours ouvrés à compter de la saisine, à toute demande de renseignements émanant du ministère et communiquer à celui-ci tout conseil et toute information qu'il estime nécessaire, concernant les prestations relatives à la convention ;
- demander au ministère toute information ou tout renseignement qu'il juge nécessaire à la bonne exécution des prestations ;
- reprendre tous les points pour lesquels le ministère a opposé des remarques ;
- apporter tout le soin et toute la diligence nécessaires à l'exécution des prestations faisant l'objet de la convention ;
- 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.



L'organisme assureur ou son personnel devant avoir accès aux locaux du ministère sont nommément agréés et soumis pendant leur séjour aux mêmes règles de discipline que les agents de l'administration.

ARTICLE XXII – Lieux d'exécution des prestations

Les prestations se déroulent dans le monde entier, à l'exception des réunions qui se déroulent dans les locaux des ministères à Paris.

Document de travail - Ne pas diffuser