

DEPARTEMENT  
DES  
**DEUX-SEVRES**



**VILLE DE NIORT**

**EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS  
DU CONSEIL MUNICIPAL**

**SEANCE DU 16 SEPTEMBRE 2019**

Conseillers en exercice : 45

Votants : 44

Convocation du Conseil Municipal :  
le 23/09/2019

Affichage du Compte-Rendu Sommaire  
et affichage intégral :  
le 23/09/2019

**Délibération n° D-2019-301**

Protection sociale complémentaire - Risque santé

**Président :**

**MONSIEUR JÉRÔME BALOGE**

**Présents :**

Monsieur Jérôme BALOGE, Monsieur Marc THEBAULT, Madame Rose-Marie NIETO, Monsieur Alain BAUDIN, Madame Christelle CHASSAGNE, Madame Jacqueline LEFEBVRE, Monsieur Michel PAILLEY, Madame Dominique JEUFFRAULT, Monsieur Luc DELAGARDE, Madame Anne-Lydie HOLTZ, Monsieur Lucien-Jean LAHOUSSE, Madame Jeanine BARBOTIN, Monsieur Dominique SIX, Madame Sylvette RIMBAUD, Madame Elisabeth BEAUVAIS, Madame Marie-Paule MILLASSEAU, Madame Catherine REYSSAT, Monsieur Dominique DESQUINS, Madame Cécilia SAN MARTIN ZBINDEN, Monsieur Eric PERSAIS, Madame Agnès JARRY, Madame Yvonne VACKER, Monsieur Elmano MARTINS, Madame Christine HYPEAU, Monsieur Fabrice DESCAMPS, Monsieur Florent SIMMONET, Madame Valérie BELY-VOLLAND, Madame Yamina BOUDAHMANI, Monsieur Romain DUPEYROU, Monsieur Simon LAPLACE, Monsieur Pascal DUFORESTEL, Monsieur Alain PIVETEAU, Madame Elodie TRUONG, Madame Nathalie SEGUIN, Madame Isabelle GODEAU, Madame Monique JOHNSON, Madame Fatima PEREIRA, Monsieur Nicolas ROBIN.

**Secrétaire de séance :** Madame Yvonne VACKER

**Excusés ayant donné pouvoir :**

Monsieur Guillaume JUIN, ayant donné pouvoir à Madame Agnès JARRY, Madame Carole BRUNETEAU, ayant donné pouvoir à Madame Christine HYPEAU, Madame Marie-Chantal GARENNE, ayant donné pouvoir à Monsieur Simon LAPLACE, Madame Josiane METAYER, ayant donné pouvoir à Monsieur Pascal DUFORESTEL, Monsieur Jacques TAPIN, ayant donné pouvoir à Madame Elodie TRUONG, Madame Catherine HUVELIN, ayant donné pouvoir à Madame Jeanine BARBOTIN

**Excusés :**

Monsieur Jean-Romée CHARBONNEAU.

**Direction Ressources Humaines**

**Protection sociale complémentaire - Risque santé**

Monsieur Lucien-Jean LAHOUSSE, Adjoint au Maire expose :

Mesdames et Messieurs,

Sur proposition de Monsieur le Maire,

Vu l'avis rendu par le comité technique le 9 septembre 2019,

Par délibération en date du 11 février 2019, le Conseil municipal a, conformément à l'article 88-2 de la loi 84-53 du 26 janvier 1984, décidé d'engager une procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation avec un opérateur pour le risque santé. L'organe délibérant avait tout de même précisé que l'étude des offres pouvait aboutir soit à une convention de participation soit à une labellisation.

Il a également donné mandat à la Communauté d'Agglomération du Niortais pour coordonner le groupement de commande. La Ville, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), le Syndicat des Eaux du Vivier (SEV) et la Communauté d'Agglomération du Niortais (CAN) sont partenaires dans ce dossier.

Il est rappelé que les employeurs ont eu recours à une assistance à maîtrise d'ouvrage auprès du cabinet ALCEGA conseil.

Il est précisé que les partenaires sociaux ont été associés à toutes les étapes de cette consultation.

A l'issue de cette procédure, 5 offres ont été réceptionnées des candidats suivants :

- Intériale Mutuelle, représentée par Gras Savoye,
- MNT,
- IPSEC (Groupe MMH), représentée par Alternative Courtage,
- Groupama Gan Vie, représentée par Collecteam,
- Territoria mutuelle.

Les candidats ont répondu sur la base de 4 niveaux de garanties avec pour chacune 4 niveaux de couverture (uno, duo, trio, famille).

Les offres de garanties figurent en annexe.

Pour l'étude des offres, plusieurs critères ont été retenus :

- Rapport garanties / tarif
- Degré effectif de solidarité
- Maîtrise financière
- Moyens pour les plus exposés et plus âgés

L'analyse des offres aboutit à la notation jointe en annexe.

A l'issue de l'étude des offres, des discussions avec les partenaires sociaux et du comité technique qui s'est tenu le 9 septembre 2019, il est proposé de retenir l'offre de Groupama Gan Vie – Collecteam.

Le contrat collectif est conclu pour une période de 6 ans, du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2025. Il pourra être prorogé pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an, Il est à adhésion facultative, Il concerne les agents stagiaires, titulaires, contractuels de droit public ou privé, les retraités ; ainsi que leurs ayants droits.

Il est demandé au Conseil municipal de bien vouloir :

- opter pour la convention de participation au titre du risque santé ;

- retenir l'organisme d'assurance Groupama Gan Vie (siège social : 8-10, rue d'Astorg, 75008 PARIS) représenté par Collecteam (siège social : sis 13, rue Croquechâtaigne – BP 30064 – 45380 LA CHAPELLE SAINT-MESMIN) et conclure avec celui-ci une convention de participation au titre du risque santé aux conditions présentées dans l'offre, accompagnée du contrat collectif d'assurance ;

- approuver la convention de participation jointe en annexe avec Groupama Gan Vie représentée par Collecteam, accompagnée du contrat collectif d'assurance ;

- autoriser Monsieur le Maire ou l'Adjoint délégué à signer ladite convention de participation et le contrat collectif d'assurance avec Groupama Gan Vie représentée par Collecteam ;

- autoriser Monsieur le Maire ou l'Adjoint délégué à signer ladite convention de participation.

**LE CONSEIL  
ADOPTE**

Pour :	44
Contre :	0
Abstention :	0
Non participé :	0
Excusé :	1

Pour le Maire de Niort,  
**Jérôme BALOGE**  
L'Adjoint délégué

Signé

Lucien-Jean LAHOUSSE

Notation – Analyse des offres

	100,00	INTERIALE Mutuelle		MNT		IPSEC Alternative C.		GROUPAMA Collecteam		TERRITORIA Mutuelle	
		Offre 1		Offre 2		Offre 3		Offre 4		Offre 5	
			26,96		80,77		82,21		85,28		73,86
		TOTAL DES POINTS : Ecart / N°1	-58,31		-4,50		-3,06		0,00		-11,42
CLASSEMENT		5		3		2		1		4	
<b>CRITERE 1 : RAPPORT GARANTIES / TARIF</b>	<b>50,00</b>	<b>10,00</b>	<b>45,75</b>	<b>43,50</b>	<b>48,75</b>	<b>44,10</b>					
Respect des conditions contractuelles	10,00	10,00	9,50	10,00	9,50	10,00					
Niveau des cotisations	40,00	0,00	36,25	33,50	39,25	34,10					
<b>CRITERE 2 : DEGRE EFFECTIF SOLIDARITE</b>	<b>10,00</b>	<b>0,00</b>	<b>9,57</b>	<b>7,99</b>	<b>7,00</b>	<b>6,44</b>					
Transferts intergénérationnels	4,00	0,00	4,00	3,00	2,50	2,50					
Transferts familiaux	6,00	0,00	5,57	4,99	4,50	3,94					
<b>CRITERE 3 : MAITRISE FINANCIERE</b>	<b>20,00</b>	<b>5,01</b>	<b>13,84</b>	<b>18,30</b>	<b>13,69</b>	<b>11,20</b>					
Politique de développement	5,00	3,26	3,28	4,13	2,82	4,20					
Plafonds de majoration des cotisations	5,00	1,75	5,00	5,00	5,00	5,00					
Compte de résultat (hyp. 2)	10,00	0,00	5,56	9,17	5,87	2,00					
<b>CRITERE 4 : MOYENS POUR LES + EXPOSES</b>	<b>20,00</b>	<b>11,95</b>	<b>11,61</b>	<b>12,42</b>	<b>15,83</b>	<b>12,12</b>					
Information et conseil agents	5,00	1,75	3,50	3,00	2,75	3,00					
Service de prévention	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00					
Garantie assistance	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00					
Gestion dématérialisée	3,00	1,79	3,00	1,71	1,86	2,43					
Etendue du réseau de tiers-payant	5,00	5,00	3,11	4,73	4,22	2,66					
Etendue des réseaux de soins	5,00	1,42	0,00	0,97	5,00	2,04					

<b>Commune de Niort</b>
<b>CONVENTION DE PARTICIPATION</b> <b>Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011</b>
<b>Risque santé</b>
<b>Convention de participation</b>

La **convention de participation** est conclue entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** :

	<b>Souscripteur</b>	<b>Assureur</b>
Raison sociale :	Commune de Niort	<b>COLLECTEAM</b>
SIRET n° :	217 901 917 00013	<b>422 092 817 00028</b>
Siège social :	Place MARTIN-BASTARD 79000 Niort	<b>13 rue Croquechâtaigne 45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN</b>
Représenté par :	Monsieur Jérôme BALOGE	<b>Monsieur Xavier VIALA</b>
En qualité de :	Maire	<b>Directeur Général</b>
Qualité juridique :		<b>Courtier en assurance</b>
Raison sociale :		<b>GAN</b>
SIRET n° :		<b>34042761601428</b>
Siège social :		<b>8- 10 rue d'Astorg 750008 Paris 8</b>

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

**Contenu**

1	Préambule.....	3
1.1	Objet de la convention .....	3
1.2	Effet et durée de la convention .....	3
1.3	Bénéficiaires .....	3
1.4	Nature des garanties .....	3
2	Obligations de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires .....	3
2.1	Obligation générale d'exécution.....	3
2.2	Obligation générale d'information .....	3
2.3	Respect des principes de solidarité .....	4
3	Obligations de l'Assureur envers le Souscripteur .....	4
3.1	Obligation générale d'exécution.....	4
3.2	Informations à communiquer au cours de la convention .....	4
3.2.1	Suivi technique .....	4
3.2.2	Rapport .....	5
4	Obligation du Souscripteur.....	5
5	Pilotage de la convention .....	5
5.1	Information délivrée par le Souscripteur .....	5
5.2	Comité de suivi .....	5
6	Résiliation.....	6
7	Annexes : documents contractuels.....	6

## 1 Préambule

### 1.1 Objet de la convention

La convention est un document de subventionnement destiné à régler les relations financières entre le Souscripteur et l'Assureur, en application du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. La convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'Assureur et le Souscripteur. Elle est accompagnée du contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives.

### 1.2 Effet et durée de la convention

La convention prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Elle est conclue pour une période de six ans, et peut être prorogée pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un an.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues dans la présente convention.

La date de clôture des comptes de résultat annuels est fixée au 31 décembre de chaque année.

### 1.3 Bénéficiaires

Les Bénéficiaires sont :

- Le personnel dans l'effectif du Souscripteur ayant adhéré à la présente convention et au contrat collectif d'assurance à adhésions facultatives, et bénéficiant de la qualité de fonctionnaires et d'agents contractuels de droit public ou de droit privé,
- Les retraités anciens agents dans l'effectif du Souscripteur,
- Leurs ayants-droit.

### 1.4 Nature des garanties

Les garanties accordées par l'Assureur portent sur le risque de santé. Les garanties, la base de l'assurance et les niveaux de prestations sont mentionnés dans le contrat collectif à adhésions facultatives.

## 2 Obligations de l'Assureur à l'égard des Bénéficiaires

### 2.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur délivre aux Bénéficiaires les garanties et les services selon les conditions tarifaires de l'offre retenue par le Souscripteur.

L'Assureur s'engage à offrir aux Bénéficiaires, pendant toute la durée de la convention, l'ensemble des options prévues au titre des garanties.

### 2.2 Obligation générale d'information

L'Assureur est tenu à la délivrance des informations suivantes aux Bénéficiaires :

- Un bulletin d'adhésion mentionnant très clairement le ou les Bénéficiaires, les garanties proposées, les options, le montant de la cotisation annuelle, les modalités de paiement et le mode de fractionnement, les conditions et la durée de rétractation de l'assuré. Sont également indiqués la date d'effet de l'adhésion, la durée de l'adhésion et les conditions de résiliation.

- La notice d'information du contrat collectif, ainsi que les conditions d'intervention des garanties d'assistance.

### 2.3 Respect des principes de solidarité

L'Assureur doit respecter :

- Les principes de solidarité applicables aux garanties complémentaires prévus aux articles 27 à 31 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011,
- Les dispositions de l'arrêté COTB1118917A du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

## 3 Obligations de l'Assureur envers le Souscripteur

### 3.1 Obligation générale d'exécution

L'Assureur est tenu de respecter l'intégralité de son offre acceptée par le Souscripteur après mise en concurrence, et reprise dans la convention et ses annexes.

### 3.2 Informations à communiquer au cours de la convention

#### 3.2.1 Suivi technique

L'Assureur communique au Souscripteur les tableaux de bord semestriels, dans les 2 mois qui suivent la fin de chaque semestre, et le compte de résultat technique annuel au 30 juin au plus tard.

Pour les tableaux de bord semestriels, l'Assureur communique :

- Le tableau de bord de l'état d'avancement du **plan de développement** communiqué lors de l'appel à concurrence. A ce titre, les indicateurs fournis sont :
  - o Le nombre d'adhésions,
  - o Le nombre de réunions réalisées,
  - o Le nombre d'agents accueillis en agence,
  - o Le nombre d'agents accueillis en permanences,
  - o Le nombre de communications téléphoniques (appels d'agents),
  - o Le nombre de connexions internet (Extranet),
  - o La situation démographique des adhérents (répartition par âge et par sexe).
- La **liste des adhérents** qui précisera, par bénéficiaire :
  - o La date d'adhésion et la date de résiliation de l'adhésion,
  - o Le montant de la cotisation annuelle et mensuelle.

Pour les tableaux de bord annuels, l'Assureur communique :

- Le tableau de bord **par garanties et options souscrites** par les agents : répartition par tranche d'âge et par sexe,
- Le **compte de résultat technique**, vu par exercice comptable et par exercice de survenance, incluant la mesure des écarts avec le prévisionnel communiqué lors de l'appel public à concurrence. Le résultat est calculé selon la différence entre :
  - o Les cotisations hors taxes, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
  - o Et :
    - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
    - Les frais de gestion.



- **Le compte de résultat technique solidaire<sup>1</sup>**, mettant en valeur les transferts de solidarité (familles, retraités) incluant la mesure des écarts avec le prévisionnel communiqué lors de l'appel public à concurrence. Le résultat est calculé selon la différence entre :
  - o Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions, et majorées d'un chargement pour frais de gestion de 10 % sur les prestations,
  - o Les cotisations hors taxes, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision.

### 3.2.2 Rapport

L'Assureur produit au Souscripteur au terme de la période de trois ans, et au terme de la convention, un rapport retraçant les opérations réalisées au vu des critères des 2° et 4° de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Si ces critères ne sont pas satisfaits, le Souscripteur peut résilier la convention de participation.

## 4 Obligation du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à verser chaque année, et pendant toute la durée de la présente convention, une participation dans les conditions prévues par le titre III du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 précité. La participation constitue une aide à la personne et son montant ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

## 5 Pilotage de la convention

### 5.1 Information délivrée par le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage pendant la durée de la convention à :

- Faciliter l'information des Assurés afin de permettre leur adhésion, dans le cadre du plan de développement prévu par l'Assureur,
- Informer les Assurés de la signature de la présente convention, des caractéristiques du contrat collectif à adhésions facultatives au titre duquel elle est conclue, ainsi que des modalités d'adhésion à celui-ci,
- Communiquer aux Agents la notice d'information du contrat collectif à adhésions facultatives.

### 5.2 Comité de suivi

Chaque partie veille à la mise en œuvre de la convention de participation et à faciliter les adhésions et la gestion du contrat collectif.

Un comité de suivi de la convention de participation et du contrat collectif est mis en place. Il est composé des représentants du Souscripteur et de l'Assureur.

Le comité de suivi se réunit au moins une fois par an, et au plus tard dans les six mois suivant la clôture de l'exercice, afin de prendre connaissance du rapport annuel de l'Assureur.

---

<sup>1</sup> Dispositif précisé par l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux critères de choix des collectivités territoriales et des établissements publics en relevant dans le cas d'une convention de participation.

## 6 Résiliation

Par application de l'article 21 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, si le Souscripteur constate que l'Assureur ne respecte pas les dispositions de ce décret et de la présente convention, il résilie la convention de participation et le contrat collectif d'assurance selon la procédure suivante :

- Le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant sa volonté de résilier et lui indique qu'il peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix,
- Puis le Souscripteur recueille les observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, orales de l'Assureur qui doivent être produites dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception,
- A la réception des observations, le Souscripteur adresse une lettre recommandée avec accusé de réception à l'Assureur, lui notifiant la résiliation de la convention de participation avec mention de la date d'effet de la résiliation.

## 7 Annexes : documents contractuels

A la présente convention sont annexés les documents contractuels ci-après :

- Conditions particulières du contrat collectif d'assurance,
- Conventions spéciales du contrat collectif d'assurance,
- Conditions générales du contrat collectif d'assurance,
- Tableaux prévisionnels des comptes de résultat,
- Dossier contractuel de gestion,
- Notice d'information de la garantie d'assistance.

Date : **08/04/2019**

Pour l'Assureur

Prénom / Nom : **Olivier POGGI**

Qualité : **Directeur Commercial**

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom/Nom : Qualité :

Signature :

<b>Commune de Niort</b>
<b>CONVENTION DE PARTICIPATION</b>
<b>Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011</b>
<b>Risque santé</b>
<b>Contrat collectif à adhésions facultatives : conditions particulières</b>

Le **contrat collectif à adhésions facultatives** est conclu entre le **Souscripteur** et l'**Assureur** au titre de la convention de participation :

	<b>Souscripteur</b>	<b>Assureur</b>
Raison sociale :	Commune de Niort	<b>COLLECTEAM</b>
SIRET n° :	217 901 917 00013	<b>422 092 817 00028</b>
Siège social :	Place MARTIN-BASTARD 79000 Niort	<b>13 rue Croquechâtaigne 45380 LA CHAPELLE SAINT MESMIN</b>
Représenté par :	Monsieur Jérôme BALOGE	<b>Monsieur Xavier VIALA</b>
En qualité de :	Maire	<b>Directeur Général</b>
Qualité juridique :		<b>Courtier en assurance</b>
Raison sociale :		<b>GAN</b>
SIRET n° :		<b>34042761601428</b>
Siège social :		<b>8- 10 rue d'Astorg 750008 Paris 8</b>

Si l'Assureur est représenté par son mandataire, il doit indiquer son représentant (nom, prénom, qualité) de celui-ci, ainsi que sa qualité juridique (courtier en assurance, mutuelle...), sa raison sociale, son SIRET et son siège social.

#### **Contenu**

1. Dispositions générales.....	2
2. Garanties .....	3
3. Cotisations.....	5
3.1. Tableau des cotisations .....	5
3.2. Evolution des cotisations.....	6
3.2.1. Indexation annuelle.....	6
3.2.2. Evolution exceptionnelle des cotisations.....	6
4. Gestion et pilotage .....	7
5. Réserves .....	7

## 1. Dispositions générales

**Objet du contrat.** Le contrat collectif d'assurance a pour objet le versement aux Assurés par l'Assureur de prestations d'assurance santé complémentaire en relais et en complément de leur protection sociale de base. Le contrat est régi par la législation sur les opérations d'assurance et comprend, **par ordre d'application préférentielle** :

1. Les conditions particulières,
2. Les conventions spéciales,
3. Les conditions générales de l'Assureur,
4. Le dossier contractuel de gestion.

**Assurés.**

- Fonctionnaires et agents contractuels de droit public et de droit privé, y compris les agents détachés ou mis à la disposition par le Souscripteur auprès d'un autre employeur public,
- Fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en retraite,
- Ayants-droit des fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé en activité ou retraité.

**Assureur.** Mentionné aux conditions particulières, il porte les garanties d'assurance et est dûment agréé pour pratiquer les opérations d'assurance du risque santé. Il a la qualité d'entreprise d'assurance régie par le code des assurances, ou de mutuelle ou union de mutuelles régie par le Livre II du code de la mutualité, ou d'institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale.

**Souscripteur.** L'employeur public territorial ayant qualité pour souscrire le présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative des Assurés.

**Date d'effet.** 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**Echéance.** 1<sup>er</sup> janvier.

**Durée.** Six (6) années, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2025. Il peut être prorogé d'une (1) année.

**Résiliation.** Toute demande de résiliation est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception.

- **Le contrat** peut être résilié par :
  - o Le **Souscripteur**, 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),
  - o **L'Assureur**, moyennant un préavis de six (6) mois avant l'échéance.
- **L'Assuré** peut résilier son **adhésion** au contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance.

## 2. Garanties

Les garanties sont proposées à l'ensemble des Assurés par l'Assureur et sont identiques pour tous les agents et retraités qui adhèrent au contrat collectif. Plusieurs Assurés d'une même famille peuvent souscrire à des niveaux différents de garanties sur une même adhésion.

Soins courants				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées 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 adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité.				
<b>Honoraires :</b>				
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites)	100%	125%	150%	200%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites)	100%	150%	200%	250%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux et autres actes	100%	125%	150%	200%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Imagerie médicale	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
<b>Médicaments :</b>				
Médicaments	100%	100%	100%	100%
Homéopathie (spécialités et préparations)	100%	100%	100%	100%
Vaccins antigrippal	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiques	150 €	150 €	150 €	150 €
<b>Matériel médical :</b>				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :				
Orthopédie	Néant	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	Néant	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	Néant	200 €	300 €	400 €
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Participation assuré actes > 120 Euros	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecines douces (plafond annuel)	50 €	100 €	125 €	150 €
Pharmacie prescrite (par an)	Néant	20 €	50 €	100 €
Automédication (par an)	Néant	20 €	20 €	30 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N3
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées 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 adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité.				
Honoraires médicaux & chirurgicaux	100%	150%	200%	250%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Actes de spécialités	100%	125%	150%	200%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Participation du patient actes > 120 Euros	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité (par jour, illimité)	30 €	50 €	60 €	70 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, illimité)	Néant	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	Néant	30 €	30 €	50 €

Optique				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
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 mineurs 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).				
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
<b>Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>				
Équipement complet	100%	100%	100%	100%
<b>Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Équipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	188 €	313 €	375 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément régime obligatoire	100 €	150 €	200 €	250 €
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	Néant	200 €	300 €	400 €

Dentaire				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Honoraires - Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	100%	100%	100%	100%
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	100%	150%	200%	300%
Panier de soins aux tarifs libres	100%	200%	300%	400%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Prothèses dentaires (par prothèse et par semestre)	Néant	200 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	Néant	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	Néant	100 €	150 €	200 €
Implants (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	300 €	600 €	900 €

Aides auditives				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<b>Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>				
Équipement complet	100%	100%	100%	100%
<b>Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>				
Remboursement par aide auditive	100%	100%+200€	100%+400€	100%+600€

Autres prestations				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Actes de prévention (7 actes) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste)	100%	100%	100%	100%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Allocation maternité	Néant	150 €	200 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui

### 3. Cotisations

#### 3.1. Tableau des cotisations

Les cotisations sont exprimées en montant forfaitaire, et sont indexées sur le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année (date d'échéance du contrat collectif d'assurance). Le rapport entre la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

**L'Assureur complète les montants de cotisation selon le tableau ci-après, identiques pour les 4 employeurs :**

Grille de cotisation par situation				
Age	UNO (1 personne)	DUO (2 personnes)	TRIO (3 personnes)	FAMILLE (Plus de 3 personnes)
<b>Tableau des cotisations TTC : niveau 1</b>				
Actif moins de 30 ans :	21 €	39 €	60 €	60 €
Actif de 31 à 40 ans :	42 €	60 €	109 €	109 €
Actif de 41 à 50 ans :	42 €	60 €	109 €	109 €
Actif de 51 à 60 ans :	42 €	60 €	109 €	109 €
Actif plus de 61 ans :	42 €	60 €	109 €	109 €
Retraités :	67 €	96 €	174 €	174 €
<b>Tableau des cotisations TTC : niveau 2</b>				
Actif moins de 30 ans :	26 €	48 €	74 €	74 €
Actif de 31 à 40 ans :	48 €	69 €	126 €	126 €
Actif de 41 à 50 ans :	48 €	69 €	126 €	126 €
Actif de 51 à 60 ans :	48 €	69 €	126 €	126 €
Actif plus de 61 ans :	48 €	69 €	126 €	126 €
Retraités :	82 €	118 €	215 €	215 €
<b>Tableau des cotisations TTC : niveau 3</b>				
Actif moins de 30 ans :	36 €	69 €	101 €	101 €
Actif de 31 à 40 ans :	58 €	83 €	151 €	151 €
Actif de 41 à 50 ans :	58 €	83 €	151 €	151 €
Actif de 51 à 60 ans :	58 €	83 €	151 €	151 €
Actif plus de 61 ans :	58 €	83 €	151 €	151 €
Retraités :	101 €	178 €	265 €	265 €
<b>Tableau des cotisations TTC : niveau 4</b>				
Actif moins de 30 ans :	50 €	96 €	142 €	142 €
Actif de 31 à 40 ans :	71 €	110 €	192 €	192 €
Actif de 41 à 50 ans :	71 €	110 €	192 €	192 €
Actif de 51 à 60 ans :	71 €	110 €	192 €	192 €
Actif plus de 61 ans :	71 €	110 €	192 €	192 €
Retraités :	118 €	183 €	298 €	298 €

### 3.2. Evolution des cotisations

#### 3.2.1. Indexation annuelle

Les cotisations sont indexées au premier janvier sur le PMSS.

#### 3.2.2. Evolution exceptionnelle des cotisations

##### Motifs d'évolution :

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- Aggravation de la sinistralité,
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

##### Cas de l'aggravation de la sinistralité :

L'aggravation de la sinistralité doit être constatée par l'Assureur par garantie sur la base :

- D'au moins deux années consécutives,
- Du compte de résultat technique, calculé par différence entre :
  - o Les cotisations, par ailleurs minorées de la contribution prévue au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale et de la dotation à la provision pour cotisations non acquises, puis majorées de la reprise sur cette même provision,
  - o Et :
    - Les prestations, par ailleurs majorées des dotations aux provisions techniques correspondantes, et minorées des reprises sur ces mêmes provisions,
    - Les frais de gestion.

Le degré de majoration tarifaire est précisé dans le tableau suivant :

Seuil de déclenchement de l'augmentation tarifaire	Taux d'augmentation maximum des taux de cotisation
P/C < 100 %	0 %
P/C < 110 %	4 %
P/C < 120 %	8 %
P/C < 130 %	12 %
P/C > 130 %	15 %
<b>L'augmentation n'est pas applicable pour les 2 premières années du contrat.</b>	

**Nous maintenons nos conditions tarifaires pendant 2 ans à législation sociale constante hors hausse du PMSS.**



### Cadre à respecter :

Lorsque l'Assureur souhaite modifier les cotisations au premier janvier de l'année suivante au titre des motifs prévus à l'article 20 du décret n°2011-1474, il adresse sa demande au Souscripteur **au plus tard le 30 juin** de l'année. Cette demande doit être accompagnée d'une étude documentée justifiant qu'au moins un des cas de majoration précités nécessite de modifier les taux de cotisations pour préserver l'équilibre du contrat d'assurance. L'Assureur indique dès lors pour chacune des garanties les nouveaux taux de cotisation qu'il entend appliquer. Le Souscripteur étudie la proposition :

- En cas d'acceptation des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, les nouveaux taux de cotisation font l'objet d'un avenant aux conditions particulières,
- En cas de refus des modifications tarifaires proposées par l'Assureur, le Souscripteur peut résilier le présent contrat moyennant un préavis de deux (2) mois avant l'échéance.

#### 4. Gestion et pilotage

L'Assureur prend en compte le dispositif de gestion suivant :

<b>Adhésions</b>	Les adhésions sont enregistrées directement par l'Assureur.
<b>Cotisations</b>	Les cotisations sont prélevées mensuellement à terme échu sur la paie des Assurés par l'Employeur selon la procédure du précompte, puis reversées le mois suivant à l'Assureur. <b>Les avis d'échéance sont envoyés le 15 octobre au plus tard de chaque année par courriel aux Assurés, à défaut par courrier.</b>
<b>Prestations</b>	Les Assurés déclarent directement leur demande de prestations auprès de l'Assureur.

#### 5. Réserves

Les réserves de l'Assureur aux conventions spéciales doivent faire l'objet d'une énumération précise et exhaustive, et doivent être obligatoirement numérotées :

N°	Réserves
1	<b>Adhésion (veuillez-vous référer à nos observations)</b>
2	
3	
4	
5	

Fait à : **La Chapelle Saint Mesmin**

Le : **23/07/2019**

Pour l'Assureur

Prénom/Nom: **Olivier POGGI**

Qualité : **Directeur Commercial**

Signature :

Pour le Souscripteur

Prénom / Nom :

Qualité :

Signature :

# Conventions de participation

## Assurance santé complémentaire

### Soins courants

Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	N1	N2	N3
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérisés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées 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 adhérisés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité.				
<b>Honoraires :</b>				
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites)	100%	125%	150%	200%
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites)	100%	150%	200%	250%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux et autres actes	100%	125%	150%	200%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Imagerie médicale	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%
<b>Médicaments :</b>				
Médicaments	100%	100%	100%	100%
Homéopathie (spécialités et préparations)	100%	100%	100%	100%
Vaccins antigrippal	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%
Substituts nicotiniques	150 €	150 €	150 €	150 €
<b>Matériel médical :</b>				
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (par an) :				
Orthopédie	Néant	200 €	300 €	400 €
Prothèses (mammaires, capillaires, oculaires)	Néant	200 €	300 €	400 €
Grand appareillage	Néant	200 €	300 €	400 €
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Participation assuré actes > 120 Euros	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecines douces (plafond annuel)	50 €	100 €	125 €	150 €
Pharmacie prescrite (par an)	Néant	20 €	50 €	100 €
Automédication (par an)	Néant	20 €	20 €	30 €

### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	N1	N2	N3
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérisés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées 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 adhérisés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité.				
Honoraires médicaux & chirurgicaux	100%	150%	200%	250%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Actes de spécialités	100%	125%	150%	200%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>				
Participation du patient actes > 120 Euros	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière y compris maternité (par jour, illimité)	30 €	50 €	60 €	70 €
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour, illimité)	Néant	30 €	30 €	40 €
Amniocentèse	Néant	30 €	30 €	50 €

## Convention de participation santé Ville, CAN, SEV et CCAS de Niort 2020

Optique				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	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 mineurs 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).

<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
<b>Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>				
Equipement complet	100%	100%	100%	100%
<b>Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Equipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	125 €	188 €	313 €	375 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément régime obligatoire	100 €	150 €	200 €	250 €
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	100 €	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	Néant	200 €	300 €	400 €

Dentaire				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	N1	N2	N3

<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Honoraires - Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Traitement d'orthodontie	100%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires :	100%			
Panier de soins <b>100% santé</b> sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)	100%	100%	100%	100%
Panier de soins <b>aux tarifs maîtrisés</b>	100%	150%	200%	300%
Panier de soins <b>aux tarifs libres</b>	100%	200%	300%	400%
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Prothèses dentaires (par prothèse et par semestre)	Néant	200 €	200 €	300 €
Traitement d'orthodontie (par an)	Néant	200 €	200 €	300 €
Parodontologie (par an)	Néant	100 €	150 €	200 €
Implants (forfait annuel par bénéficiaire)	Néant	300 €	600 €	900 €

Aides auditives				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	N1	N2	N3

<b>Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>				
Equipement complet	100%	100%	100%	100%
<b>Equipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>				
Remboursement par aide auditive	100%	100%+200€	100%+400€	100%+600€

Autres prestations				
Remboursements du régime obligatoire et de l'entreprise d'assurance, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou forfaits sans intervention du régime obligatoire	Niveau de garanties			
	N0	N1	N2	N3

<i>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Actes de prévention (7 actes) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste)	100%	100%	100%	100%
<i>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</i>				
Allocation maternité	Néant	150 €	200 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui