

**Séance du 25 juin 2024**

**N/Réf : BdK/LB 25/06/2024**

**Étaient présents :**

Mesdames et Messieurs, Michel GILLOT, Christian GATARD, Sylvia GAURIER, Michel GUIGNAUDEAU, Alain BENARD, Jean-Marie CARLES, Claude COURGEAU, Xavier DUPONT (arrivée à 9h35), Michèle GASNIER, Annie LAURENCIN, Patrick LEFRANCOIS, Patrick MICHAUD, Vincent MORETTE, Gérard PERRIER, Jean-Paul ROBERT, Oulématou BA-TALL (Suppléante de Alice WANNERROY).

**Étaient absents et excusés :**

Mesdames et Messieurs, Benoit BARANGER, Pascal BRUN, Thierry CHAILLOUX (ayant donné pouvoir à Gérard PERRIER), Gérard HENAUT (ayant donné pouvoir à Michel GILLOT), Olivier LEBRETON, Alain MEDINA, Bruno MEREAU, Françoise MORIN, Isabelle SENECHAL (ayant donné pouvoir à Annie LAURENCIN), Alice WANNERROY.

**Assistaient également à la séance :**

Monsieur Benoit de KILMAINE, Directeur Général du Centre de Gestion d'Indre-et-Loire,  
Monsieur Laurent BEUZIT, Directeur du pôle Administration Générale, Finances du Centre de Gestion d'Indre-et-Loire.

**Était excusée :**

Madame Béatrice WACONGNE, Payeuse Départementale d'Indre-et-Loire.

**D-2024-045 – MISSION FACULTATIVE – PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE –  
CONVENTIONS DE PARTICIPATION PREVOYANCE ET SANTE – CHOIX DES OPERATEURS**

La protection sociale complémentaire permet d'apporter aux agents une couverture supplémentaire en matière de :

- Prévoyance avec une indemnisation en cas d'arrêt de maladie prolongé et une compensation de perte de revenus en cas d'arrêt de travail, invalidité ou décès
- Santé avec une couverture à 100% pour les agents ainsi que leurs ayants droit, la prise en charge des frais d'hospitalisation, achat de médicaments, consultations médicales, frais de prothèses ou d'appareillage.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 en matière de prévoyance, et du 1<sup>er</sup> janvier 2026 en matière de santé, tous les employeurs publics devront participer financièrement aux contrats, labellisés ou issus d'une convention de participation, souscrits par leurs agents.

Dans ce nouveau cadre juridique et conformément aux dispositions de l'article L 827-8 du code général de la fonction publique, le Centre de Gestion d'Indre-et-Loire a souhaité proposer à l'ensemble des collectivités locales et établissements publics du département, affiliés ou non, une offre en matière de

prévoyance et de complémentaire santé via la conclusion de conventions de participation ouvertes à adhésion facultative.

A cet effet, par délibération n°2023-031 du 28 mars 2023, le Conseil d'administration du Centre de Gestion d'Indre-et-Loire a créé la mission « Protection sociale complémentaire ».

En vue de la mise en place et le suivi de ces conventions de participation, le Centre de Gestion bénéficie de l'assistance d'un cabinet d'audit et de conseil spécialisé, ALCEGA Conseil.

Le comité social territorial, réuni le 19 mars 2024, s'est prononcé favorablement sur la démarche initiée par le Centre de Gestion.

Par délibération n°2024-032 du 26 mars 2024, le Conseil d'administration du Centre de Gestion a autorisé le lancement de la consultation en vue de la conclusion de conventions de participation pour les risques prévoyance et santé.

La conclusion de conventions de participation est soumise à la réglementation spécifique de la protection sociale complémentaire : articles 15 à 21 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, complété de ses 4 arrêtés d'application du 8 novembre 2011.

Les conventions de participation ne sont pas, en l'état actuel de la réglementation, considérés comme des marchés publics car elles n'ont pas pour objet de satisfaire les besoins des employeurs publics.

210 collectivités et établissements publics du département (dont notre établissement), représentant environ 10 000 agents (fonctionnaires, contractuels de droit public et privé) ont participé à la consultation organisée par le Centre de Gestion.

La participation à la consultation n'engage absolument pas les participants à adhérer aux conventions de participation souscrites à l'issue de la procédure menée par notre établissement.

Dès que le choix des opérateurs aura été arrêté, une campagne de communication sera menée auprès des collectivités locales et établissements publics du département ainsi que de leurs agents afin de déployer le dispositif.

L'adhésion des agents aux contrats attachés aux conventions de participation est facultative.

Elle est ouverte :

- À tous les agents en activité (fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents contractuels de droit public et de droit privé) des collectivités locales et établissements publics ayant adhéré au contrat collectif prévoyance.
- À tous les agents en activité (fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents contractuels de droit public et de droit privé) et les retraités des collectivités locales et établissements publics ayant adhéré au contrat collectif santé.

La consultation a été lancée 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.

Elle est décomposée en deux lots :

- Lot 1 : prévoyance

Les garanties délivrées par l'opérateur retenu sont les suivantes :

REÇU EN PREFECTURE

le 26/06/2024

Application agréée E-legalite.com

93\_DE-037-263700128-20240625-0\_2024\_45-0

<b>Garanties minimales obligatoires</b>	
<b>Incapacité de travail</b>	
Versement d' <b>indemnités journalières</b> à compter : - Du passage à demi-traitement (agents fonctionnaires), - Du versement d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et/ou du maintien du revenu par l'employeur quelle que soit l'ancienneté de l'Assuré	<b>90% du revenu net</b>
<b>Invalidité permanente</b>	
Versement d'une <b>rente mensuelle</b> en cas de reconnaissance d'état en invalidité à la suite de maladie ou accident d'origine vie privée ou professionnelle (consécutif à un accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle) :	
- Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 50%	<b>90% du revenu net</b>
- Agents affiliés à la CNRACL qui sont bénéficiaires d'un taux d'invalidité inférieur à 50% : le montant de la rente est calculé comme suit : $M = R \times I / 50\%$ ( <i>M : montant de la rente à verser, R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50%, I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL qui est inférieur à 50%</i> )	<b>&lt; 90% du revenu net</b>
- Autres agents classés en invalidité vie privée de 2ème ou de 3ème catégorie, ou bénéficiaires d'un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66% en cas de classement en invalidité vie professionnelle	<b>90% du revenu net</b>

<b>Garanties complémentaires à adhésion facultative (L'agent peut adhérer à une ou plusieurs garanties)</b>	
<b>Complément incapacité de travail</b>	
Versement d' <b>indemnités journalières</b> pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de maladie ordinaire	<b>Non garanti</b>
Versement d' <b>indemnités journalières</b> pour reconstituer le régime indemnitaire en périodes de plein traitement en cas de placement en congés de longue maladie, longue durée et grave maladie	<b>90% du revenu net</b>
<b>Perte de retraite</b>	
Versement d'un <b>capital</b> pour compenser la perte de droit à la retraite qui est constatée au cours de la période d'invalidité applicable pour les seuls agents qui sont affiliés à la CNRACL	<b>50% PMSS par année d'invalidité</b>
<b>Décès toutes causes</b>	
Versement d'un capital décès, consécutif à accident ou maladie de l'agent assuré, aux bénéficiaires de celui-ci ou à ce dernier en cas de perte totale et irréversible d'autonomie	<b>100% SAB</b>
<b>Légende :</b> PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale, SAB : salaire annuel brut.	

- Lot 2 : santé

Les trois niveaux de garanties qui seront proposés aux agents sont détaillés en annexe 1.

L'avis d'appel public à la concurrence a été adressé aux JOUE, BOAMP et à l'Argus de l'assurance le 3 avril 2024.

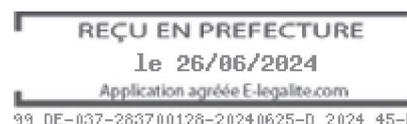
La date de remise des offres a été fixée au 22 mai 2024.

11 offres ont été réceptionnées dans les délais fixés.

### **LOT 1 : RISQUES PREVOYANCES**

**5 offres ont été reçues et analysées (par ordre alphabétique) :**

- ALLIANZ Vie, représentée par COLLECTEAM,
- INTERIALE, représenté par RELYENS SPS,
- MGP,



- MNT,
- TERRITORIA Mutuelle.

Les candidatures ont été analysées sur la base des critères suivants :

- Garantie professionnelle :
  - Agréments délivrés par l'autorité de contrôle pour pratiquer les opérations d'assurance des branches 1, 2 et 20.
  - Expertise du secteur au vu des références fournies.
- Garantie financière : minimum de fonds propres de 3 millions d'Euros.
- Garantie prudentielle : taux minima de couverture du capital de solvabilité requis de 100%.

Les offres ont ensuite été analysées sur la base de la grille suivante :

LOT 1 : PREVOYANCE		
Critères		Points
<b>Critère 1 : rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé :</b>		<b>55</b>
Respect des conditions contractuelles	10	
Niveau de cotisations des garanties minimales obligatoires	40	
Plafonds de majoration des cotisations	5	
<b>Critère 2 : degré effectif de solidarité entre les adhérents :</b>		<b>5</b>
Compte de résultat des transferts intergénérationnels selon le taux d'adhésion	5	
<b>Critère 3 : maîtrise financière du dispositif :</b>		<b>20</b>
Politique de développement	4	
Tableau de suivi	1	
Equilibre économique	5	
Frais de gestion	3	
Provisions techniques	3	
Inventaire des dossiers	1	
Rapport annuel	3	
<b>Critère 4 : moyens pour assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques :</b>		<b>20</b>
Services pour l'Employeur :		
Présentation de l'équipe de gestion dédiée	1	
Modalité de gestion des adhésions	2	
Mise à disposition de l'extranet de gestion RH	5	
Services d'accompagnement des agents		
Mise à disposition de l'extranet agents	3	
Délais contractuels de traitement des dossiers	3	
Protection des agents	3	
Services d'accompagnement spécialisés	3	
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>

Le classement est repris dans le tableau ci-dessous :

	N° offre	Offre 1	Offre 2	Offre 3	Offre 4	Offre 5					
		3	1	4	5	2					
CLASSEMENT											
NOTE		86,15	93,75	83,84	76,60	87,69					
ECART		-7,61	0,00	-9,91	-17,16	-6,07					
<b>CRITERE 1 : RAPPORT GARANTIES / TARIF</b>	<b>55,00</b>	<b>3</b>	<b>49,40</b>	<b>1</b>	<b>54,63</b>	<b>4</b>	<b>44,79</b>	<b>5</b>	<b>35,81</b>	<b>2</b>	<b>50,70</b>
1_Respect des conditions contractuelles	10,00		10,00		10,00		5,50		6,50		10,00
2_Niveau de cotisations des garanties minimales	40,00		35,93		40,00		34,48		25,06		36,09
3_Plafonds de majoration des cotisations	5,00		3,47		4,63		4,81		4,24		4,61
<b>CRITERE 2 : DEGRE EFFECTIF DE SOLIDARITE ENTRE LES ADHERENTS</b>	<b>5,00</b>	<b>4</b>	<b>4,03</b>	<b>3</b>	<b>4,46</b>	<b>5</b>	<b>3,26</b>	<b>1</b>	<b>5,00</b>	<b>1</b>	<b>5,00</b>
1_Transfert de solidarité	5,00		4,03		4,46		3,26		5,00		5,00
<b>CRITERE 3 : MAITRISE FINANCIERE</b>	<b>20,00</b>	<b>1</b>	<b>19,02</b>	<b>4</b>	<b>16,96</b>	<b>2</b>	<b>18,45</b>	<b>3</b>	<b>18,40</b>	<b>5</b>	<b>15,75</b>
1_Politique de développement	4,00		3,40		2,96		4,00		4,00		2,95
2_Tableau de suivi	1,00		0,67		1,00		1,00		0,67		0,67
3_Equilibre économique	5,00		5,00		3,05		5,00		4,43		2,68
4_Frais de gestion	3,00		3,00		3,00		1,58		2,31		3,00
5_Provisions techniques	3,00		3,00		3,00		2,88		3,00		2,50
6_Inventaire des dossiers	1,00		0,95		0,95		1,00		1,00		0,95
7_Rapport annuel	3,00		3,00		3,00		3,00		3,00		3,00
<b>CRITERE 4 : MOYENS POUR LES + EXPOSES</b>	<b>20,00</b>	<b>5</b>	<b>13,70</b>	<b>1</b>	<b>17,70</b>	<b>3</b>	<b>17,33</b>	<b>2</b>	<b>17,39</b>	<b>4</b>	<b>16,24</b>
1_Services pour l'Employeur :	8,00		6,90		8,10		8,10		8,10		7,10
1.1 Présentation de l'équipe de gestion dédiée	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00
1.2 Modalité de gestion des adhésions et des cotisations	2,00		2,00		2,00		2,00		2,00		2,00
1.3 Mise à disposition de l'extranet de gestion RH	5,00		3,90		5,10		5,10		5,10		4,10
2_Services d'accompagnement des agents	12,00		6,80		9,60		9,23		9,29		9,14
2.1 Mise à disposition de l'extranet agents	3,00		1,70		3,00		2,90		3,00		2,20
2.2 Délais contractuels de traitement des dossiers	3,00		1,58		2,04		2,42		2,03		1,83
2.3 Protection des agents	3,00		3,00		3,00		3,00		3,00		3,00
2.4 Accompagnement personnalisé	3,00		0,52		1,56		0,92		1,26		2,12

L'offre 2, ALLIANZ Vie/COLLECTEAM, est classée n°1 car elle présente les caractéristiques suivantes :

- Un taux de cotisation attractif pour les garanties obligatoires de 2,03%.
- Une absence de réserves aux dispositions contractuelles, ce qui permet de garantir le pouvoir couvrant pour les agents.
- Un plan de développement complet avec un objectif mesuré d'obtenir 43% de taux d'adhésion des agents, grâce à une équipe de 2 conseillers terrain pour animer 100 réunions de présentation suivies de 100 permanences.
- Une maîtrise financière dans la moyenne des offres, avec un taux de marge de 1,03%.
  - o Il est à noter cependant que les résultats techniques des contrats collectifs d'assurance prévoyance sont généralement déficitaires (constat de différence entre les prévisionnels proposés à la remise des offres et le réalisé à la remise des rapports annuels par les assureurs).
- Une bonne qualité de gestion, supérieure à la moyenne des offres, notamment concernant les fonctionnalités des extranets (agents et employeurs) et des temps de traitement des dossiers.
- Malgré les informations complètes, une nécessité de contrôler la notice d'information à la mise en place du contrat de manière à garantir la conformité aux dispositions contractuelles.

## LOT 2 : RISQUES SANTE

6 offres ont été reçues et analysées (par ordre alphabétique) :

- INTERIALE Mutuelle, représentée par RELYENS SPS,
- MNFCT (Groupe MACIF), représentée par Alternative Courtage,
- MNT,
- MUTUALE,
- TERRITORIA Mutuelle,
- MGEFI, représentée par WTW.

Les candidatures ont été analysées sur la base des critères suivants :

REÇU EN PREFECTURE

le 26/06/2024

Application agréée E-legalite.com

93\_DE-037-263700128-20240625-0\_2024\_45-0

- Garantie professionnelle :
  - Agréments délivrés par l'autorité de contrôle pour pratiquer les opérations d'assurance des branches 1, 2 et 20.
  - Expertise du secteur au vu des références fournies.
- Garantie financière : minimum de fonds propres de 3 millions d'Euros.
- Garantie prudentielle : taux minima de couverture du capital de solvabilité requis de 100%.

Les offres ont ensuite été analysées sur la base de la grille suivante :

LOT 2 : SANTE		
Critères		Points
<b>Critère 1 : rapport entre la qualité des garanties et le tarif proposé :</b>		<b>55</b>
Respect des conditions contractuelles	5	
Niveaux des cotisations	45	
Niveaux des plafonds de majoration des cotisations	5	
<b>Critère 2 : degré effectif de solidarité entre les adhérents :</b>		<b>5</b>
Transferts familiaux	3	
Transferts intergénérationnels et amplitude du ratio de 1 à 3	2	
<b>Critère 3 : maîtrise financière du dispositif :</b>		<b>20</b>
Politique de développement	4	
Tableau de suivi	2	
Equilibre économique	5	
Informations relatives aux frais de gestion et à la redistribution	3	
Provisions techniques	3	
Rapport annuel	3	
<b>Critère 4 : moyens pour assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques :</b>		<b>20</b>
Services d'accompagnement de l'Employeur :		
Présentation de l'équipe de gestion dédiée	1	
Modalité de gestion des adhésions	2	
Mise à disposition de l'extranet de gestion RH	2	
Services d'accompagnement des agents :		
Mise à disposition d'une application mobile	3	
Délais contractuels de traitement des dossiers	1	
Protection des Assurés	2	
Information des Assurés	3	
Services de tiers-payant et réseaux de soins	3	
Services d'accompagnement	3	
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>

Le classement est repris dans le tableau ci-dessous :

OFFRE N°	1	2	3	4	5	6							
<b>TOTAL DES POINTS :</b>	<b>78,30</b>	<b>62,47</b>	<b>73,52</b>	<b>79,26</b>	<b>84,29</b>	<b>72,76</b>							
<b>Ecart / N°1</b>	<b>-5,98</b>	<b>-21,81</b>	<b>-10,77</b>	<b>-5,03</b>	<b>0,00</b>	<b>-11,53</b>							
<b>CLASSEMENT</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>							
<b>CRITERE 1 : RAPPORT GARANTIES / TARIF</b>	<b>55,00</b>	<b>2</b>	<b>41,59</b>	<b>6</b>	<b>29,87</b>	<b>4</b>	<b>40,71</b>	<b>3</b>	<b>41,21</b>	<b>1</b>	<b>44,59</b>	<b>5</b>	<b>38,41</b>
1_Respect des conditions contractuelles	5,00	5,00	4,25	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
2_Niveau des cotisations	45,00	33,09	25,62	30,71	31,21	36,00	29,04						
3_Niveaux des plafonds de majoration	5,00	3,50	0,00	5,00	5,00	3,59	4,38						
<b>CRITERE 2 : DEGRE EFFECTIF SOLIDARITE</b>	<b>5,00</b>	<b>1</b>	<b>4,97</b>	<b>6</b>	<b>1,14</b>	<b>5</b>	<b>2,29</b>	<b>3</b>	<b>3,92</b>	<b>2</b>	<b>4,75</b>	<b>4</b>	<b>2,86</b>
1_Transferts familiaux (hypothèse adhésion partielle)	3,00	3,00	0,15	0,53	2,47	3,00	1,86						
2_Transferts intergénérationnels (hypothèse adhésion)	2,00	1,97	0,99	1,76	1,45	1,75	1,00						
<b>CRITERE 3 : MAITRISE FINANCIERE</b>	<b>20,00</b>	<b>5</b>	<b>16,36</b>	<b>1</b>	<b>18,05</b>	<b>6</b>	<b>14,90</b>	<b>4</b>	<b>16,76</b>	<b>2</b>	<b>17,44</b>	<b>3</b>	<b>17,00</b>
1_Politique de développement	4,00	2,92	2,80	4,00	3,80	3,73	2,27						
2_Tableau de suivi	2,00	1,33	2,00	2,00	2,00	2,00	1,33						
3_Equilibre économique	5,00	4,62	5,00	1,60	2,97	3,93	5,00						
4_Information relative aux frais de gestion	3,00	2,08	2,85	1,90	2,59	2,38	3,00						
5_Provisions techniques	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00						
6_Rapport annuel	3,00	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40						
<b>CRITERE 4 : MOYENS POUR LES + EXPOSES</b>	<b>20,00</b>	<b>4</b>	<b>15,39</b>	<b>6</b>	<b>13,41</b>	<b>3</b>	<b>15,62</b>	<b>2</b>	<b>17,37</b>	<b>1</b>	<b>17,50</b>	<b>5</b>	<b>14,49</b>
1_Services d'accompagnement Employeur	5,00	5,00	4,50	4,70	5,00	5,00	5,00						
1.1 Présentation de l'équipe de gestion dédiée	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00						
1.2 Modalités de gestion des adhésions	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
1.3 Mise à disposition de l'extranet de gestion RH	2,00	2,00	1,50	1,70	2,00	2,00	2,00						
2_Services d'accompagnement des agents	15,00	10,39	8,91	10,92	12,37	12,50	9,49						
2.1 Mise à disposition d'une application mobile	3,00	3,00	1,93	2,57	3,00	3,00	3,00						
2.2 Délais contractuels de traitement des dossiers	1,00	0,72	0,71	0,37	0,77	0,69	0,72						
2.3 Protection des Assurés	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00						
2.4 Information des Assurés	3,00	1,50	2,25	3,00	3,00	2,25	1,50						
2.5 Services de tiers-payant et réseaux de soins	3,00	1,69	1,28	1,55	1,33	2,92	0,28						
2.6 Accompagnement personnalisé	3,00	1,48	0,74	1,43	2,27	1,65	1,99						

L'offre 5, MNT, est classée n°1 avec les caractéristiques suivantes :

- Des montants de cotisation compétitifs, en particulier pour les niveaux 2 et 3.
- Une politique de développement avec une équipe de 22 conseillers chargés d'animer 200 réunions de présentation suivies de 300 permanences pour les agents, avec un objectif affiché d'obtenir une mutualisation de 40% des agents.
- Un bon niveau de qualité de gestion avec :
  - o La mise à disposition d'une application mobile complète pour les agents,
  - o Des délais de paiement moyen à 1 jour en flux NOEMIE,
  - o Un réseau de professionnels de santé le plus développé dans le département, tant pour le tiers-payant (6 195 professionnels déclarés dans le Département) que pour les réseaux de soins (179 professionnels),
  - o Des services d'accompagnement personnalisés des agents (garantie assistance, accompagnement psychologique, fonds social et services de téléconsultation et de deuxième avis médical) dans la moyenne des offres.

Conformément aux dispositions de l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 précité, le comité social territorial, réuni le 13 juin 2024, a émis un avis sur le classement proposé.

Monsieur le Président propose à l'assemblée d'adopter la délibération jointe à ce rapport.

REÇU EN PREFECTURE

le 26/06/2024

Application agréée E-legalite.com

93\_DE-037-263700126-20240625-0\_2024\_45-0

## Le Conseil d'Administration,

**Vu** les articles L 827-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la protection sociale complémentaire,

**Vu** les articles L 221-1 et suivants du code général de la fonction publique relatifs à la négociation et accords collectifs,

**Vu** le 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 et les quatre arrêtés d'application du 8 novembre 2011,

**Vu** le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement,

**Vu** la délibération du Conseil d'administration n°2023-031 du 28 mars 2023 créant la mission « Protection sociale complémentaire »,

**Vu** la délibération du Conseil d'administration n°2024-032 du 26 mars 2024 autorisant le lancement de la consultation en vue de la conclusion de conventions de participation à adhésion facultative pour les risques prévoyance et santé,

**Vu** le rapport d'analyse des offres établi à l'issue de la consultation organisée par le Centre de Gestion d'Indre-et-Loire,

**Vu** l'avis du comité social territorial du 13 juin 2024 pris sur la base de l'article 18 du décret n°2011-1474 précité,

**Après en avoir délibéré,**

**Décide :**

**A l'unanimité des membres présents ou représentés,**

⇒ **Lot 1 : prévoyance**

- **De retenir** le groupement ALLIANZ Vie/COLLECTEAM comme titulaire de la convention de participation « Prévoyance ».
- **D'autoriser** le Président à signer la convention de participation « Prévoyance » ainsi que tout acte en découlant.
- **D'autoriser** le Président à engager les démarches nécessaires à l'adhésion des collectivités et de leurs agents, en partenariat avec l'opérateur retenu.

⇒ **Lot 2 : santé**

- **De retenir** la MNT comme titulaire de la convention de participation « Santé ».
- **D'autoriser** le Président à signer la convention de participation « Santé » ainsi que tout acte en découlant.
- **D'autoriser** le Président à engager les démarches nécessaires à l'adhésion des collectivités et de leurs agents, en partenariat avec l'opérateur retenu.

Fait et délibéré, le 25 juin 2024  
Pour expédition conforme,  
Le Président du Centre de Gestion  
d'Indre-et-Loire,

Michel GILLOT



Acte transmis en Préfecture le :26/06/2024  
Acte reçu en Préfecture le :26/06/2024  
Acte publié électroniquement le :27/06/2024  
Acte exécutoire

REÇU EN PREFECTURE

le 26/06/2024

Application agréée E-legalite.com

99\_DE-037-263700126-20240625-0\_2024\_45-0

**ANNEXE 1 –D 2024-045 MISSION FACULTATIVE – PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE –  
CONVENTIONS DE PARTICIPATION PREVOYANCE ET SANTE – CHOIX DES OPERATEURS**

## Tableau des garanties

<b>Soins courants</b>			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérents à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <a href="http://annuaire.sante.ameli.fr">http://annuaire.sante.ameli.fr</a>			
<b>Honoraires :</b>			
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%
<b>Médicaments :</b>			
Médicaments (tous les niveaux de remboursements par l'Assurance maladie)	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%
Substituts nicotiques	150 €	150 €	150 €
<b>Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)</b>			
Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	200%	300%	400%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	100 €	125 €	200 €

### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>

#### Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%+150€	100%+200€	100%+250€

#### Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	50 €	65 €	80 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	30 €	30 €	50 €

### Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

#### Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

<b>Equipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>			
Equipement complet			<b>Remboursement intégral</b>
<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	150 €	250 €	300 €
b) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	225 €	375 €	450 €
c) Equipement à verres complexes	300 €	500 €	600 €
d) Equipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	225 €	375 €	450 €
e) Equipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	300 €	500 €	600 €
f) Equipement à verres très complexes	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	150 €	200 €	250 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

### Dentaire

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3

#### Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%
Traitement d'orthodontie	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :			
Panier de soins <b>100% santé</b> sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)			<b>Remboursement intégral</b>
Panier de soins <b>aux tarifs maîtrisés</b>	200%	300%	400%
Panier de soins <b>aux tarifs libres</b>	200%	300%	400%

#### Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Prothèses dentaires (par prothèse)	200 €	300 €	400 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	200 €	300 €	400 €
Parodontologie (par an)	100 €	250 €	350 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	100 €	300 €	500 €

<b>Aides auditives</b>			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.			
<b>Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée</b>			
Équipement complet	<b>Remboursement intégral</b>		
<b>Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée</b>			
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	1 000 €	1 250 €	1 500 €
<b>Autres prestations</b>			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties		
	N1	N2	N3
<b>Prestations remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :			
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%
<b>Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :</b>			
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	250 €	250 €	250 €
Assistance	Oui	Oui	Oui