

Protocole d'accord du 12 août 2008 modifié établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale

Entre d'une part :

l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, représentée par son Directeur, Philippe Renard, dûment mandaté par le Comité exécutif le 14 février 2007

Et, d'autre part :

les organisations syndicales nationales soussignées,

il est convenu ce qui suit :

Préambule

Les parties signataires, constatant la diversité des situations existantes dans l'institution s'agissant des couvertures complémentaires de frais de santé des salariés, entendent mettre en place un régime collectif obligatoire de remboursement de frais médicaux.

La finalité poursuivie consiste à faire bénéficier l'ensemble du personnel d'un régime de bon niveau, à un coût optimisé, tout en organisant une solidarité intergénérationnelle entre salariés actifs et anciens salariés de l'institution.

La négociation a été menée avec la volonté d'instaurer un dispositif pérenne et responsable, qui a vocation à présenter des résultats équilibrés, avec des modalités permettant aux partenaires sociaux d'en assurer le pilotage rigoureux.

Dans ce cadre, l'accord a pour objectifs :

- d'harmoniser les garanties de l'ensemble des salariés de l'institution avec une politique de maîtrise de l'équilibre financier du régime ;
- de renforcer la solidarité entre les salariés dans le cadre d'un régime mutualisé, tout en tenant compte des situations individuelles ;
- de permettre la prise en compte de la situation des actuels et futurs retraités.

En outre, la mise en place d'un tel régime participe d'une politique de recrutement et de fidélisation des salariés, et contribue à favoriser la mobilité dans l'institution par l'harmonisation des garanties offertes.

Article 1 – Champ d'application et objet de l'accord

Le présent accord a pour objet de mettre en place un régime complémentaire de couverture des frais de santé dans les organismes du régime général de Sécurité sociale et leurs établissements, y compris ceux qui ont mis en œuvre, antérieurement au présent accord, un régime de garantie de frais de santé à caractère obligatoire.

Il s'applique également aux organismes dont l'adhésion au régime aura été préalablement acceptée par la Commission paritaire de pilotage visée au titre III.

Titre I REGIME DES SALARIES

Chapitre I Adhérents à titre obligatoire

Article 2 - Caractère obligatoire de l'adhésion

Le régime de couverture des frais de santé est un régime à adhésion obligatoire pour le salarié et ses ayant droits tels que définis au présent chapitre.

L'adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

Article 3 - Bénéficiaires

3.1. - Salariés¹

Le présent accord s'applique, sous réserve des dispositions qui suivent, à l'ensemble des salariés des organismes du régime général de Sécurité sociale et de leurs établissements.

3.11. - Suspension du contrat de travail²

Les garanties définies par le présent accord et la participation de l'employeur sont maintenues à l'occasion de toute suspension du contrat de travail emportant maintien total ou partiel du salaire.

Il en est de même en cas :

- d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- de congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
- de congé parental d'éducation dans la limite d'un an ;
- de congé de solidarité familiale ;
- de congé de présence parentale ;
- de congé de proche aidant ;
- de congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative et ne bénéficie pas du financement par l'employeur.

3.12. - Dispense d'adhésion³

Peuvent être dispensés d'adhérer aux garanties prévues par le présent accord :

- les salariés couverts par une assurance individuelle lors de l'embauche, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;

¹ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

² Article modifié par avenant du 28 juin 2016

³ Article modifié par avenant du 13 juin 2017

- les salariés bénéficiant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ;
- les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une complémentaire santé collective et obligatoire ;
- les salariés sous contrat de travail à durée déterminée, ou occupant un emploi saisonnier, d'une durée inférieure à douze mois ;
- les salariés sous contrat à durée déterminée égale ou supérieure à douze mois qui justifient de la souscription d'une garantie frais de santé ;
- les salariés à temps partiel (inférieur à un mi-temps), ou les apprentis, n'ayant qu'un seul employeur, qui devraient acquiescer, s'ils adhéraient, une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;

Les salariés concernés doivent faire part explicitement à leur organisme employeur de leur demande de dispense d'adhésion au régime. À cet effet, ils doivent fournir tous justificatifs utiles, notamment la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat lui permettant de solliciter une dispense ainsi que, le cas échéant, la date de fin de ce droit s'il est borné.

La demande de dispense doit être formulée au moment de l'embauche ou à la date à laquelle prennent effet les couvertures visées aux deuxième et troisième tirets du présent article si celle-ci est postérieure à l'embauche.

Ils doivent justifier avant le 31 décembre de chaque année qu'ils continuent à remplir les conditions permettant d'obtenir une dispense d'adhésion.

3.2. - Ayants droit à titre obligatoire⁴

Est affilié à titre obligatoire :

1°) le conjoint du salarié qui ne perçoit pas de revenus professionnels ou de revenus de remplacement (notamment allocation chômage, pension de retraite ou de pré-retraite, d'invalidité, rente accident du travail, indemnités journalières) ou dont le montant annuel est inférieur à 10% du plafond annuel de Sécurité sociale.

Est assimilé au conjoint le concubin, ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

2°) l'enfant âgé de moins de 27 ans du salarié ou de son conjoint affilié à titre obligatoire, tel que défini au 1°), et qui remplit l'une des conditions suivantes :

- être à la charge, au sens de la législation Sécurité sociale, du salarié ou de son conjoint, en sa qualité d'ayant droit du salarié ou de son conjoint ;
- résider au domicile de ses parents et percevoir annuellement des revenus professionnels ou de remplacement inférieurs à 10% du plafond annuel de Sécurité sociale ;
- poursuivre ses études, et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
- être demandeur d'emploi inscrit à Pôle Emploi et non indemnisé à ce titre ;
- être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80% du Smic, et de ne pas

⁴ Article modifié par avenant du 13 juin 2017

bénéficier par ailleurs d'un autre régime complémentaire de même nature à adhésion obligatoire.

Ces dispositions s'appliquent sans limite d'âge à l'enfant reconnu invalide, ou handicapé, dans la mesure où il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80% du Smic.

3°) Peuvent demander à ne pas relever des présentes dispositions les ayants droit couverts à titre obligatoire par un autre régime complémentaire de couverture des frais de santé s'ils justifient de cette couverture obligatoire, ainsi que ceux justifiant du bénéfice de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Cette demande doit être accompagnée d'un justificatif défini par la Commission paritaire de pilotage du régime.

4°) Les ayants droit à charge doivent être déclarés à l'employeur au moment de l'adhésion ou lors de leur changement de statut en produisant une attestation sur l'honneur. Leur situation fait l'objet d'un contrôle annuel par l'organisme assureur sur la base des justificatifs définis par la Commission paritaire de pilotage du régime.

Par ailleurs, une information est adressée systématiquement aux assurés pour les sensibiliser à la nécessité de faire les démarches utiles pour obtenir la CMU-C pour les ayants droit entrant dans leur vingt-septième année s'ils ne remplissent plus les conditions visées au présent article.

Article 4 - Garanties

4.1. - Conditions générales

Le présent régime a pour objectif de s'inscrire dans les conditions d'un contrat responsable, en se conformant au cahier des charges du contrat aidé tel que défini au titre 7 du livre VIII du Code de la Sécurité sociale selon ses dispositions actuelles et futures.

Sauf exceptions expressément prévues ci-après, la couverture frais de santé n'intervient qu'en complément des remboursements effectués au titre de la maladie, des accidents du travail, des maladies professionnelles, et de la maternité par la Sécurité sociale, selon les modalités suivantes :

- soit, sur la base des remboursements effectués par la Sécurité sociale (RSS) ;
- soit, en fonction de la base des remboursements utilisée par la Sécurité sociale (BR) ;
- soit, sur la base des frais réels (FR) avec application éventuelle d'un maximum du remboursement exprimé en euros ;
- soit encore selon des remboursements forfaitaires.

En tout état de cause, conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire (assuré ou ayant droit) après les indemnités de toute nature, cette règle jouant acte par acte.

4.2. - Tableau des garanties

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGÉS
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires (médecin adhérent au CAS)	250 % de la BR moins RSS
Honoraires (médecin non adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Séjours	250 % de la BR moins RSS
Forfait journalier ⁵	100 % du tarif en vigueur
Chambre particulière (y compris ambulatoire) ⁶	50 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à la veille de son 16 ^{ème} anniversaire) ⁴ (y compris maison d'accueil des familles)	30 € / jour
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 30 % (vignette bleue) et 65 % (vignette blanche)	100 % de la BR moins RSS
Pharmacie remboursée à 15 % (vignette orange)	Non prise en charge
Frais médicaux courants	
Consultation – visite généraliste (médecin adhérent au CAS)	140 % de la BR moins RSS
Consultation – visite généraliste (médecin non adhérent au CAS)	120 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin adhérent au CAS)	200 % de la BR moins RSS
Consultation – visite spécialiste (médecin non adhérent au CAS)	180 % de la BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Actes techniques (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin adhérent au CAS)	150 % de la BR moins RSS
Radiologie (médecin non adhérent au CAS)	130 % de la BR moins RSS
Analyses	100 % de la BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transports sanitaires)	100 % de la BR moins RSS
Forfait sur actes techniques d'un montant ≥ 120 €	18 €
Dentaire	
Soins	100 % de la BR moins RSS
Actes techniques et radiologie	100 % de la BR moins RSS
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	450 % de la BR moins RSS
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	300 % de la BR reconstituée sur une BR à 107,50€
Orthodontie acceptée	300 % de la BR moins RSS
Orthodontie refusée	300 % de la BR moins RSS reconstituée
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	650 € par implant
Parodontie non remboursée par la Sécurité sociale	200 € par personne et par année civile ⁷
Optique - 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans ⁸	
Verre	Cf. grille ci-dessous
Monture	120 € par personne ⁶
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale	215 € par personne et par année civile ⁶
Chirurgie laser	275 € par œil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	400 % de la BR moins RSS
Appareillage non remboursé par la Sécurité sociale	165 € par personne et par année civile
Appareil auditif (par oreille)	100 % du TM + 1 100 € par oreille
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale⁹	
Pour un adulte	100 % TM + 250 € par personne
Pour un enfant jusqu'à la veille de son 16 ^{ème} anniversaire	100% TM + 275 € par enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	220 € par année civile ⁶
Ostéopathie (dans la limite de 2 séances par personne et par année civile)	20 € par séance
Actions de prévention	
Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % du TM

BR : base de remboursement Sécurité sociale

FR : frais réels

RSS : remboursement Sécurité sociale

TM : ticket modérateur

⁵ Sans limitation de durée.

⁶ Dans la limite de 90 jours par année civile.

⁷ Fait générateur = date de soin ou à défaut date de facture

⁸ Pour les seuls bénéficiaires âgés de 18 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement tous les 2 ans, sauf modification de la correction visuelle (période de 1 an). L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de celle de l'acquisition de l'équipement d'optique.

⁹ Cure thermale : y compris le transport et l'hébergement remboursés ou non par la Sécurité sociale

Les montants en euros sont indexés sur le plafond de la Sécurité sociale, sauf décision contraire de la Commission paritaire de pilotage.

Grilles des garanties en matière d'optique

pour les adultes (à partir du 18ème anniversaire)						
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2203240 - 2287916	de -6 à +6	2,29 €	Verre simple	175 €
		2263459 - 2282793	de -6,25 à -10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2265330 - 2280660	de +6,25 à +10	4,12 €	Verre complexe	315 €
		2235776 - 2295896	< à -10 ou > à +10	7,62 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2226412 - 2259966	de -6 à +6	3,66 €	Verre simple	175 €
		2254868 - 2284527	< à -6 ou > à +6	6,86 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre > à 4	2212976 - 2252668	de -6 à +6	6,25 €	Verre complexe	315 €
		2288519 - 2299523	< à -6 ou > à +6	9,45 €	Verre complexe	315 €
Multifocaux	Sphérique	2290396 - 2291183	de -4 à +4	7,32 €	Verre complexe	315 €
		2245384 - 2295198	< à -4 ou > à +4	10,82 €	Verre très complexe	365 €
	Tout cylindre	2227038 - 2299180	de -8 à +8	10,37 €	Verre complexe	315 €
		2202239 - 2252042	< à -8 ou > à +8	24,54 €	Verre très complexe	365 €

Pour les enfants (moins de 18 ans)						
Unifocaux / Multifocaux	Avec/Sans Cylindre	LPP	Sphère	Base de remboursement RO	Type de verre	Forfait par verre (y compris TM)
Unifocaux	Sphérique	2242457 - 2261874	de -6 à +6	12,04 €	Verre simple	175 €
		2243540 - 2297441	de -6,25 à -10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2243304 - 2291088	de +6,25 à +10	26,68 €	Verre complexe	315 €
		2248320 - 2273854	< à -10 ou > à +10	44,97 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre < à 4	2200393 - 2270413	de -6 à +6	14,94 €	Verre simple	175 €
		2219381 - 2283953	< à -6 ou > à +6	36,28 €	Verre complexe	315 €
	Cylindre > à 4	2238941 - 2268385	de -6 à +6	27,90 €	Verre complexe	315 €
		2206800 - 2245036	< à -6 ou > à +6	46,50 €	Verre complexe	315 €
Multifocaux	Sphérique	2264045 - 2259245	de -4 à +4	39,18 €	Verre complexe	315 €
		2202452 - 2238792	< à -4 ou > à +4	43,30 €	Verre très complexe	315 €
	Tout cylindre	2240671 - 2282221	de -8 à +8	43,60 €	Verre complexe	315 €
		2234239 - 2259660	< à -8 ou > à +8	66,62 €	Verre très complexe	315 €

Ces couvertures excluent la prise en charge de ¹⁰ :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins : absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ou, à compter de sa mise en place, de non

¹⁰ Ces dispositions évolueront en fonction de l'évolution des conditions relatives au contrat aidé (article 4.1).

autorisation d'accès au dossier médical personnel (article L.161-32-2 du Code de la Sécurité sociale),

- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,

- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale),

- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale).

4.3. - Portabilité des garanties¹¹

Les salariés adhérents au régime, ainsi que leurs ayants droit qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, bénéficient, sans cotisation, du maintien des garanties en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions légales.

Article 5 - Financement

5.1. - Répartition et assiette des cotisations

Le financement du régime est assuré par une cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

La contribution de l'employeur au régime n'obère en aucun cas la négociation salariale conduite par ailleurs dans l'institution.

L'assiette des cotisations est constituée par le salaire brut d'activité, y compris l'allocation vacances, la gratification annuelle, et tout autre élément de rémunération ayant le caractère de salaire soumis à cotisations sociales.

5.2. - Montant des cotisations¹²

On distingue deux catégories de cotisations qui sont fonction de la situation réelle de famille du salarié :

- la cotisation "isolé" correspond à la situation du salarié n'ayant aucun ayant droit à titre obligatoire tel que défini à l'article 3.2. ;

- la cotisation "famille" correspond à la situation du salarié ayant un ou plusieurs ayants droit à titre obligatoire tel que défini à l'article 3.2.

Pour les couples dont les deux membres sont bénéficiaires du présent régime à titre obligatoire en tant que salariés :

- en présence d'enfants à charge à titre obligatoire, l'un relève de la cotisation "famille", l'autre de la cotisation "isolé" ;

¹¹ Article ajouté par avenant du 28 juin 2016

¹² Article modifié par avenant du 8 juin 2009

- en l'absence d'enfants à charge à titre obligatoire, les deux relèvent de la cotisation "isolé".

Le montant des cotisations est fixé à :

▪ **Cotisation "isolé" :**

- partie forfaitaire : 0,62 % du montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée ;

- partie fixée en pourcentage de la rémunération : 1,49 % du montant de la rémunération annuelle au sens de l'article 5.1. du présent accord, limitée au montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

▪ **Cotisation "famille" :**

- partie forfaitaire : 1,24 % du montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur pour la période considérée ;

- partie fixée en pourcentage de la rémunération : 2,98 % du montant de la rémunération annuelle au sens de l'article 5.1. du présent accord limitée au montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période.

Les cotisations sont appelées à hauteur de 60 % pour les salariés bénéficiant du régime local de Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Les majorations et éléments de salaire spécifiques aux salariés travaillant dans les organismes des départements d'outre-mer ne doivent pas avoir pour effet de majorer le montant de la cotisation.

Chapitre II Adhérents à titre facultatif

Article 6 - Bénéficiaires

Peuvent adhérer à titre facultatif au régime sans participation financière de l'employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique, et sous réserve de formaliser leur adhésion par écrit :

- le conjoint dit non à charge, c'est-à-dire couvert en qualité d'assuré social à titre personnel et non d'ayant droit de l'assuré, par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature, ainsi que ses enfants, dans les conditions définies au point 3.2. ;

- l'enfant de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un salarié ;

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu, ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire, et leurs ayants droit.

L'adhésion prend fin à la date de rupture du contrat de travail du salarié. Les intéressés peuvent, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime des anciens salariés.

La Commission paritaire de pilotage négocie et vérifie les conditions du contrat qui régit les adhérents à titre facultatif, ainsi que les cotisations proposées.

Article 7 - Garanties

L'adhérent à titre facultatif bénéficie des mêmes garanties que l'adhérent à titre obligatoire.

Article 8 - Financement

Le financement du régime est assuré intégralement par l'assuré.

Les cotisations sont forfaitaires. Elles sont assises sur le plafond de la Sécurité sociale. Cette assiette est minorée de 25% pour les invalides dont le contrat de travail est suspendu.

Pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, elles sont exprimées selon les deux catégories retenues pour le régime des actifs (isolé / famille) dans la même proportion d'écart de cotisation.

Pour les autres bénéficiaires, la cotisation est exprimée par personne couverte. Cette cotisation unique correspond à l'estimation technique de la couverture d'une personne seule.

Chapitre III Evolution du régime

Article 9 - Evolution du régime

Au vu des résultats financiers du régime, la Commission paritaire de pilotage étudie la nécessité d'aménager les cotisations et/ou les prestations du régime applicables au début de l'année suivante.

Elle procède aux aménagements nécessaires, y compris en ce qui concerne la nature des prestations, dans la limite d'une variation relative de +/-2 % par an pour les taux de cotisations, et, en fonction de leur impact sur la charge du régime, de +/-10 % par an pour chacun des actes identifiés dans le tableau des garanties. Ces deux aménagements peuvent se cumuler autant que de besoin. Ils constituent une modalité d'application du présent accord.

La Commission paritaire de pilotage peut procéder aux aménagements requis en cours d'année si elle l'estime nécessaire.

Chapitre IV

Article 10 – Gestion et financement des actions de haut degré de solidarité¹³

Les actions de haut degré de solidarité caractérisant le régime sont gérées et financées conformément aux dispositions du titre III.

**Titre II
REGIME DES ANCIENS SALARIES**

**Chapitre I
Bénéficiaires et garanties**

Article 11 - Anciens salariés d'un organisme de Sécurité sociale

11.1. - Ancien salarié bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une allocation chômage, obtenue après l'entrée en vigueur du présent accord¹⁴

Sont concernés les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite, ou d'une allocation chômage, qui n'exercent pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, et qui, à leur dernier jour d'activité, étaient salariés d'un organisme de Sécurité sociale, ou d'un organisme dont l'adhésion au présent régime a été acceptée par la Commission paritaire de pilotage.

Les intéressés peuvent bénéficier, s'ils en réunissent les conditions, et s'ils acceptent les conditions de l'assureur, des dispositions visées à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 relative au maintien des couvertures.

Dans ce cadre, ils bénéficient du tableau des garanties de l'article 4.2. du présent accord.

Pour cela, ils sont tenus d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti lorsqu'ils étaient salariés d'un organisme de Sécurité sociale (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois qui suivent leur dernier jour d'activité. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

Peuvent être couverts par le régime les ayants droit :

- répondant aux critères du 3.2 du régime obligatoire des actifs,

¹³ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

¹⁴ Article modifié par avenant du 8 juin 2009

- adhérents au moment de la cessation d'activité professionnelle de l'ancien salarié au régime dans le cadre de l'article 6 et ce, tant qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 6.

L'adhésion de ces ayant-droits est subordonnée à celle de l'ancien salarié, sauf dans le cas prévu à l'article 12.2.

La Commission paritaire de pilotage négocie et vérifie la teneur du contrat qui les régit ainsi que la cotisation proposée et les frais et chargements techniques considérés.

11.2. - Ancien salarié à la date d'entrée en vigueur du présent accord¹⁵

Sont concernés les anciens salariés d'un organisme de Sécurité sociale (et leurs ayants droit : enfants répondant aux critères de l'article 3.2, et conjoint ou assimilé) à la date d'entrée en vigueur du présent accord, qui bénéficient d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une pension de retraite, ou d'une allocation de l'Agepret, qui n'exercent pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, et qui, à leur dernier jour d'activité, étaient salariés d'un organisme du régime général de la Sécurité sociale, ou d'un organisme dont l'adhésion au présent régime a été acceptée par la Commission paritaire de pilotage.

Sont également concernés les conjoints survivants bénéficiaires d'une pension de réversion dans la mesure où l'ouvrant droit décédé était salarié d'un organisme de Sécurité sociale au dernier jour de son activité.

Les intéressés peuvent notamment :

- soit conserver leur adhésion en cours auprès de l'assureur auquel ils ont adhéré ; dans ce cas, leur situation est exclusivement régie par les statuts et règlements ou les conventions résultant de cet assureur ; l'organisme de Sécurité sociale dont ils sont issus n'est en aucun cas engagé ;

- soit, dans un délai maximal de 18 mois après l'entrée en vigueur du présent régime, présenter une demande leur permettant de bénéficier du régime des anciens salariés tel que fixé par le présent accord, aux conditions fixées par les assureurs et sous leur propre responsabilité. Les organismes de Sécurité sociale ne pourraient être tenus de quelque engagement que ce soit à leur endroit. Dans ce cadre, ils bénéficient du tableau des garanties de l'article 4.2 du présent accord.

Article 12 - Bénéficiaires à titre d'ayant droit

12.1. - Ayant droit d'un salarié décédé

Les ayants droit d'un salarié d'un organisme de Sécurité sociale décédé peuvent bénéficier, s'ils réunissent les conditions fixées à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et s'ils acceptent les conditions de l'assureur, des dispositions de cet article sous réserve d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti au profit du salarié décédé (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois du décès. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

¹⁵ Article modifié par avenant du 8 juin 2009

12.2. – Ayants droit d'un ancien salarié décédé

Les ayants droit d'un ancien salarié adhérent au présent régime peuvent bénéficier, s'ils acceptent les conditions de l'assureur, du régime des anciens salariés sous réserve d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti au profit de l'ancien salarié décédé (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois du décès. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

Article 13 - Ancien adhérent à titre facultatif

Les adhérents à titre facultatif visés à l'article 6 du présent accord, peuvent bénéficier, s'ils acceptent les conditions de l'assureur, du régime des anciens salariés sous réserve d'adresser une demande conforme à l'assureur auprès duquel le régime était garanti au profit du salarié décédé (ou de tout autre assureur qui s'y substituerait) et ce, dans les 6 mois du décès. Leur situation est alors exclusivement régie par le contrat qui les lie audit assureur ; les organismes de Sécurité sociale ne pourraient en aucun cas être tenus de quelque engagement que ce soit à leur égard.

Le bénéfice du régime cesse pour les enfants dès qu'ils ne remplissent plus les conditions fixées par l'article 3.2.

Chapitre II Financement

Article 14 - Cotisations

Sous réserve des dispositions ci-dessous, les bénéficiaires relevant du Titre II assument le financement intégral des garanties de frais médicaux dont ils bénéficient.

Les cotisations, au titre des présentes dispositions, seront fixées par les assureurs à la mise en œuvre du régime et évolueront en fonction des résultats du compte de résultat "*anciens salariés*" du régime et ce, sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage.

A cet effet, la Commission paritaire de pilotage aura à sa disposition un rapport détaillé sur la situation du régime des anciens salariés et de son évolution. Elle pourra faire appel à ses conseils extérieurs en cas de non consensus sur les évolutions du régime et son financement.

La Commission paritaire de pilotage aura toute latitude pour décider de la structure des cotisations.

Chapitre III
Haut degré de solidarité

Article 15 – Gestion et financement des actions de haut degré de solidarité¹⁶

Les actions de haut degré de solidarité caractérisant le régime sont gérées et financées conformément aux dispositions du titre III.

**Titre III
HAUT DEGRÉ DE SOLIDARITÉ DU RÉGIME**

Article 16 – Fonds de solidarité des régimes¹⁷

Il est institué un fonds de solidarité destiné au financement des actions relevant du haut degré de solidarité prévues aux articles 10 et 15 du présent accord. Celles-ci sont définies conformément à l'article 16.2.

Le fonds de solidarité est géré dans le cadre du titre IV.

16.1 – Financement du fonds de solidarité

Le fonds de solidarité des régimes est financé par :

- le produit de la retenue visée par le chapitre XV du Règlement intérieur type ;
- une dotation annuelle décidée par la commission paritaire de pilotage, en concertation avec les assureurs recommandés, prélevée sur le compte de résultat des régimes ;
- les dons et legs de toute nature.

Le financement du fonds de solidarité représente, chaque année, un montant au moins égal à 2 % des cotisations visées aux articles 5 et 14 du présent accord.

16.2 – Actions relevant du haut degré de solidarité

La commission paritaire de pilotage définit, en lien avec les assureurs recommandés, les actions relevant du haut degré de solidarité conformes aux dispositions réglementaires et dans le respect des orientations suivantes :

- Le produit de la retenue visée par le chapitre XV du règlement intérieur type est affecté au financement du régime des anciens salariés.
- Tout ou partie du solde du fonds prévu à l'article 16.1 est affecté :
 - à l'attribution d'allocations exceptionnelles aux bénéficiaires du présent protocole qui auront dû faire face à des dépenses de santé (médicales ou paramédicales) particulièrement importantes pour eux-mêmes ou leur famille, compte tenu de leurs ressources financières ;
 - à des actions de prévention destinées à réduire les risques de santé.

¹⁶ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

¹⁷ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

16.3 – Fonctionnement

La commission paritaire de pilotage établit le règlement de gestion et financement des actions relevant du haut degré de solidarité.

Titre IV COMMISSION PARITAIRE DE PILOTAGE (CPP)

Article 17 – Composition et fonctionnement¹⁸

Une Commission paritaire de pilotage (CPP) est constituée.

Elle est constituée de deux collèges.

L'un composé de deux titulaires par confédération syndicale nationale appelée à la négociation des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006, et d'autant de suppléants.

L'autre composé d'autant de représentants, désignés par l'Ucanss, parmi lesquels doivent figurer le directeur de chacune des caisses nationales ou son représentant et le directeur de l'Ucanss ou son représentant.

La Commission paritaire de pilotage élit en son sein un président et un vice-président qui ne peuvent appartenir au même collège.

La durée du mandat des membres de la Commission paritaire de pilotage est de 5 ans.

Leur mandat est renouvelable.

Les membres suppléants ne siègent qu'en l'absence des membres titulaires.

Si, ni le titulaire, ni le suppléant ne peuvent siéger, ils peuvent donner un pouvoir à un membre de leur collège.

La Commission paritaire de pilotage peut valablement délibérer dès lors que les deux collèges sont représentés, et que le quorum, qui correspond à la majorité des membres, est atteint dans chaque collège.

Les délibérations sont adoptées par consensus, et, à défaut, par obtention de la majorité des voix dans chacun des collèges.

La Commission paritaire de pilotage élabore son règlement intérieur déterminant les conditions de son fonctionnement.

Article 18 – Attributions¹⁹

¹⁸ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

¹⁹ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

La Commission paritaire de pilotage a, notamment, pour missions :

- de veiller à la parfaite application du présent accord, tant au regard des droits et obligations des organismes et de leurs salariés et anciens salariés, qu'au regard des conditions de gestion des régimes par les assureurs ;
- de réaliser dans le respect des conditions réglementaires applicables les procédures de sélection des organismes d'assurance recommandés chargés de mettre en œuvre la mutualisation et les actions de haut degré de solidarité. Le processus et les critères de sélection font l'objet de l'annexe I.
- de déterminer les modalités de partage des risques au regard de l'assurance et de la gestion ;
- d'établir, avec le concours éventuel de tous conseils extérieurs utiles, les comptes consolidés de façon à vérifier, en permanence, les conditions dans lesquelles la mutualisation est garantie par les assureurs. Elle est destinataire de toutes les informations liées aux comptes de résultats tenus par les assureurs. Elle veille à la parfaite coordination des interventions des différents assureurs recommandés et peut, à cette fin, établir tout règlement intérieur relatif notamment à la procédure de recommandation et/ou aux obligations devant être respectées par lesdits assureurs, dès lors que ce/ces règlement(s) complète(nt) les dispositions du présent accord ;
- de déterminer les conditions de gestion propres à garantir la meilleure qualité de service aux salariés et anciens salariés ;
- de faire toutes propositions aux organisations syndicales et à l'Ucanss visant à garantir à long terme l'équilibre des régimes ;
- de contrôler l'évolution des cotisations et des couvertures du régime des anciens salariés (Titre II) ;
- d'intervenir en qualité d'arbitre en cas de difficultés, liées à l'application ou l'interprétation du présent accord, survenant entre les organismes de Sécurité sociale et les assureurs ;
- de contrôler que toutes les conventions susceptibles d'être conclues entre les assureurs, eux-mêmes, ou avec tout tiers susceptible d'intervenir dans la gestion administrative ou financière des régimes, concourent effectivement aux objectifs de mutualisation et à la qualité de la couverture ; à cette fin, la Commission paritaire de pilotage est informée au préalable, et dispose de l'autorité requise sur les assureurs recommandés, et les tiers, pour leur enjoindre de ne pas recourir à tout procédé susceptible de contrevenir à ces objectifs et/ou de ne pas les appliquer ;
- d'établir, à destination des organisations syndicales et de l'Ucanss, tous les 2 ans, un rapport circonstancié sur les conditions dans lesquelles les assureurs recommandés garantissent la mutualisation et réalisent la mise en œuvre des actions relevant du haut degré de solidarité, sans préjudice de les saisir, sans délai, de toute difficulté ;
- d'accepter, ou de refuser, l'adhésion au régime de tout organisme qui en fait la demande, à condition qu'il soit tenu à l'égard de tout ou partie de ses salariés par une ou plusieurs des conventions collectives nationales de travail applicables au sein du régime général de la Sécurité sociale et qu'il accepte de participer au financement des actions relevant du haut degré de solidarité prévues par le Titre III du présent accord.
- de définir, dans le cadre de l'article 16 du présent accord, les actions relevant du haut degré de solidarité.

Pour mener à bien ses missions, la Commission paritaire de pilotage, sous son contrôle permanent, peut s'associer le concours de tous conseils et notamment d'actuels, de juristes et/ou de conseils en assurance et/ou finances. La Commission paritaire de pilotage valide chaque année, au vu du rapport qui lui est présenté par un expert, les comptes consolidés.

Titre V

GESTION ET GARANTIE DE MUTUALISATION PAR LES ASSUREURS

Article 19 – Principe²⁰

Le triple objectif de mutualisation, de haut degré de solidarité et de qualité de service impose que tous les salariés bénéficient des mêmes conditions de garantie et de financement, ce qui suppose que tous les assureurs participant à la mutualisation s'engagent à :

- assurer les garanties visées à l'article 4 aux conditions de coûts qui y sont prévues, respecter les dispositions du présent accord et s'interdire de proposer aux organismes de Sécurité sociale toutes autres conditions ;
- participer, ensemble, à la constitution d'un compte consolidé « actifs » et d'un compte consolidé « anciens salariés » de telle sorte qu'il y ait une compensation « professionnelle » des résultats pour chacun de ces comptes, indépendamment l'un de l'autre, chaque assureur apportant à l'ensemble des autres ses résultats, au titre du compte considéré, qu'ils soient positifs ou négatifs et participant, à due concurrence, à l'équilibre technique dans les conditions qui seront établies par accord entre tous les assureurs et dûment approuvées par la Commission paritaire de pilotage ;
- respecter le cahier des charges d'assurance et de gestion établi par la Commission paritaire de pilotage et relatif notamment aux délais de remboursement et d'une façon générale aux relations entre l'ensemble des acteurs.

En conséquence, chaque organisme de Sécurité sociale est tenu :

- de faire bénéficier ses salariés du régime défini au Titre I dans les conditions de garanties qu'il établit ;
- de ce fait, d'adhérer, pour l'ensemble de ses salariés concernés par le régime, à un assureur offrant au minimum les garanties du régime.

Chaque salarié est tenu d'accepter l'adhésion faite par l'organisme de Sécurité sociale employeur et de participer au financement du régime obligatoire, à due concurrence de la part salariale définie par le présent accord, sauf le cas échéant, au regard des dispenses d'adhésion visées à l'article 3.12.

Article 20 – Les assureurs²¹

20.1. – Recommandation des assureurs

A l'issue de la procédure transparente de mise en concurrence conduite par la commission paritaire de pilotage dans le respect des dispositions réglementaires et de l'annexe I du présent accord, les partenaires sociaux identifient au maximum trois organismes assureurs à qui ils confèrent la qualité d'assureur recommandé.

Différents organismes assureurs peuvent concourir ensemble et de façon indissociable à la recommandation. Dans ce cas si la candidature unique de ces organismes

²⁰ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

²¹ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

assureurs est retenue, l'ensemble de ces organismes constitue un assureur recommandé.

Les assureurs recommandés établissent ensemble une assurance professionnelle collective des frais de santé.

Les recommandations n'ont pas de valeur contraignante pour les organismes.

Les partenaires sociaux s'engagent à réexaminer le choix des organismes assureurs recommandés tous les cinq ans. La procédure de mise en concurrence nécessaire à ce réexamen débute au plus tard 6 mois avant l'échéance de la période précitée.

20.2. – Assurance professionnelle collective du régime par les assureurs

Les assureurs recommandés garantissent, ensemble, le régime, dans les conditions suivantes :

- la solidarité financière entre les assureurs recommandés est organisée selon un schéma déterminé par la CPP assisté de son actuaire-conseil conformément aux dispositions de l'article 20.3.

- un compte de résultat consolidé « actifs » est établi sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.3. ; le compte de résultat concerne exclusivement les opérations visées au Titre I. Chaque assureur fournit, dans les conditions qui seront définies par le cahier des charges établi par la Commission paritaire de pilotage, les informations utiles et notamment le montant des cotisations encaissées et des prestations versées et toutes analyses statistiques utiles. Il appartient à chaque assureur recommandé (et, ensemble, aux assureurs recommandés) de respecter les dispositions de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 et, à cette fin, de se doter des moyens financiers utiles.

- un compte de résultat consolidé « anciens salariés » est établi sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, au regard des modalités de consolidation financière précisées à l'article 20.3. ; chaque assureur fournit à la Commission paritaire de pilotage les mêmes informations que celles visées au tiret précédent. Ce compte est relatif aux bénéficiaires visés au Titre II.

- les comptes de résultats consolidés sont approuvés par un expert identifié par la Commission paritaire de pilotage. Ces comptes ainsi que les opérations qu'ils génèrent s'imposent aux assureurs recommandés qui, en toutes circonstances, restent seuls débiteurs des obligations découlant de la relation d'assurance. Avant l'arrêté des comptes de résultats consolidés, chaque assureur recommandé a communication des projets de comptes, peut faire toute observation et confirme sa validation.

Le fait que les comptes de résultat soient établis sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage ne constitue en aucun cas une substitution de la Commission paritaire de pilotage aux assureurs.

20.3. – Solidarité financière entre les assureurs recommandés

La Commission paritaire de pilotage établit, en concertation avec les assureurs recommandés, les traités liant lesdits assureurs et toutes conventions nécessaires à l'application du présent accord.

Ces traités et ces conventions complémentaires ainsi que tous avenants ultérieurs définissent notamment :

- les conditions d'évaluation de la quote-part de chaque assureur recommandé, selon les mécanismes définis au point 20.2. ;
- les modalités de participation de chaque assureur recommandé à l'établissement des comptes consolidés « actifs » et « anciens salariés » tels que définis au point 20.2. ;
- les processus de gestion administrative et financière ; à ce titre, il peut être décidé que tous ou certains assureurs recommandés mettent en commun, dans le cadre qu'ils définiront sous le contrôle de la Commission paritaire de pilotage, des moyens humains, informatiques ou techniques et concluent toutes conventions de gestion financières ou administratives. La Commission paritaire de pilotage peut décider que l'un des assureurs recommandés est désigné en qualité d'apériteur administratif. A ce titre l'apériteur est chargé d'assurer la coordination de la gestion administrative et technique entre tous les assureurs.

20.4. – Renouvellement et retrait de la recommandation

La qualité d'assureur recommandé est attribuée pour une période n'excédant pas cinq années civiles.

Au terme de chaque période quinquennale, la commission paritaire de pilotage met en œuvre la procédure requise afin de permettre aux partenaires sociaux de procéder, s'ils le souhaitent, à de nouvelles recommandations.

Pendant la période quinquennale, la recommandation est attribuée à un assureur précisément identifié (ou groupe d'assureurs précisément identifiés) ; la recommandation n'est pas cessible en conséquence d'une scission ou d'une fusion.

Les partenaires sociaux délèguent à la Commission paritaire de pilotage la possibilité de retirer, en cours de période quinquennale, sa recommandation à l'un des assureurs recommandés si :

- ledit assureur ne remplit plus les conditions fixées à l'article 20.1. ;
- ledit assureur ne respecte plus les principes fixés à l'article 20.2. ou les traités et conventions visés à l'article 20.3. dans leur esprit ou dans leurs dispositions ;
- ledit assureur compromet les objectifs de mutualisation et / ou de qualité, notamment en cas de non-respect du cahier des charges d'assurance et de gestion visé à l'article 19.

Le retrait de la recommandation est décidé à la majorité des 2/3 des membres de la Commission paritaire de pilotage, après que l'assureur recommandé concerné a été invité à s'expliquer et à présenter un éventuel plan de réconciliation.

Au terme de chaque période, au cas où l'un des assureurs n'est pas à nouveau recommandé ou en cas de retrait de la recommandation, les réserves et provisions constituées dans le cadre du présent accord, par l'assureur considéré et non affectées à la couverture des engagements et/ou au fonds prévu au Titre III, en tant qu'elles sont issues de cotisations versées par les organismes et les salariés et ont donc vocation à être conservées au bénéfice des intéressés, sont attribuées à un ou plusieurs des assureurs recommandés. L'assureur est dégagé de toute obligation. Ne sont pas concernés par ces dispositions les provisions pour charges à payer et les engagements y correspondant.

Titre VI DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21 - Incidences du présent accord sur certaines dispositions conventionnelles²²

21.1. - Chapitre XV du Règlement intérieur type

Les deuxième et troisième alinéas du point "*Règlement des appointements*" sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

"A cet effet, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au Fonds de solidarité des régimes instauré par l'accord établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale".

21.2. - Article 22 de la Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de Sécurité sociale et d'allocations familiales

Le deuxième alinéa de l'article 22 de la Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables des organismes de Sécurité sociale et d'allocations familiales est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

"En outre, une retenue est effectuée de façon à ramener la rémunération totale à ce qu'elle aurait été pour une période de travail correspondante. Le montant de cette retenue est versé au Fonds de solidarité des régimes instauré par l'accord établissant un régime complémentaire de couverture des frais de santé au profit des salariés des organismes de Sécurité sociale".

Article 22 – Durée d'application du présent accord²³

Le présent accord et les régimes qu'il instaure sont établis pour une durée indéterminée.

Les régimes entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

L'entrée en application du présent accord à l'égard des organismes de Sécurité sociale et de leurs salariés est subordonnée :

- à son agrément dans les conditions de l'article L.123-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- à la constitution de la Commission paritaire de pilotage ;

²² Article modifié par avenant du 28 juin 2016

²³ Article modifié par avenant du 28 juin 2016

- à la recommandation des assureurs garantissant la mutualisation et au constat par la Commission paritaire de pilotage que les assureurs, ensemble, ont établi les conditions garantissant ladite mutualisation.

Le présent accord peut être révisé dans les conditions définies par la loi, la révision ne pouvant avoir pour effet de compromettre des droits constitués avant son entrée en vigueur.

Le présent accord peut être dénoncé dans les conditions prévues par la loi, la résiliation ne pouvant avoir pour effet de compromettre les droits constitués avant son intervention.

Dans l'hypothèse où plus aucun assureur n'accepterait de garantir la mutualisation, le présent accord serait caduc ; il cesserait de s'appliquer sans délai.

ANNEXE 1

I - PROCESSUS DE RECOMMANDATION

Article 1 – Procédure de mise en concurrence

La responsabilité du choix final des organismes recommandés appartient aux partenaires sociaux participant aux négociations des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006.

A ce titre, ils veillent au respect des principes de transparence de la procédure, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les organismes assureurs candidats, ainsi que, à chaque réexamen de la clause de recommandation, entre le ou les organismes assureurs déjà recommandés et les autres organismes assureurs candidats.

Ils ont décidé de déléguer à la Commission paritaire de pilotage le soin d'organiser la procédure de mise en concurrence.

Les réunions organisées dans ce cadre doivent faire l'objet d'un compte rendu soumis à approbation des participants.

L'avis d'appel à la concurrence précise les critères d'évaluation des offres ainsi que leur pondération et leur hiérarchisation.

Il est inséré dans une publication à diffusion nationale habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances.

Il comporte :

- les conditions de recevabilité des candidatures, notamment leur délai de dépôt, qui ne peut être inférieur à cinquante-deux jours à compter de la date de publication de l'avis, ainsi que leurs modalités d'envoi ;
- les conditions d'éligibilité des candidatures telles que définies dans la présente annexe ;
- les critères d'évaluation des offres, ainsi que leur pondération ou leur hiérarchisation ;
- le nombre maximum d'organismes susceptibles d'être recommandés au sens de l'article 20.1, à savoir 3.

Le cahier des charges comporte les éléments suivants :

- Les garanties souhaitées et, le cas échéant, les services attendus ;
- La durée maximale de la clause de recommandation ;
- L'assiette et la structure des cotisations ;
- Les conditions de révision des cotisations ;
- Les objectifs de sécurité et de qualité recherchés ;
- Les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité ;
- Les obligations qui incombent aux organismes assureurs recommandés, notamment en ce qui concerne l'information en direction des organismes et des salariés relevant de la branche, ainsi que les modalités de suivi du régime pendant la durée de la clause de recommandation et préalablement à son réexamen.

La sélection des candidats s'effectue selon les phases successives définies ci-après :

1°) Seuls sont ouverts les plis des candidats reçus au plus tard à la date et à l'heure limites fixées dans l'avis d'appel à la concurrence. Tout dossier reçu hors délai ou incomplet est irrecevable ;

- 2°) Les candidatures recevables en application du 1° sont examinées au regard des conditions d'éligibilité définies dans l'avis d'appel à la concurrence ;
- 3°) Les candidatures éligibles en application du 2° sont analysées au regard du cahier des charges et classées en fonction des critères d'évaluation.

Le ou les candidats évalués le plus favorablement sont retenus.

Article 2 – Situation de conflit d'intérêt

Lorsque la liste des organismes assureurs éligibles est arrêtée, chacun des participants à la réunion de la Commission paritaire de pilotage est tenu de déclarer dans un délai de 8 jours l'existence éventuelle d'une situation de conflit d'intérêt.

Est considéré comme une situation de conflit d'intérêt le cas où l'un des participants exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des 5 dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes assureurs candidats ou du groupement auquel appartiennent ces organismes assureurs.

Les participants qui déclarent une situation de conflit d'intérêt ne peuvent prendre part à une délibération ou décision lors du processus de mise en concurrence.

Article 3 – Organismes assureurs candidats

Les organismes assureurs qui souhaitent être recommandés doivent justifier répondre aux critères définis au II de la présente annexe ainsi que disposer des agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance définies par le présent accord.

Ils doivent communiquer l'ensemble des éléments nécessaires à la vérification des conditions d'éligibilité et à l'évaluation des offres.

A sa demande, chacun des candidats peut se faire communiquer le cahier des charges, ainsi qu'un document retraçant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des assurés à couvrir.

Ils sont tenus de joindre au dossier de candidature la liste des relations commerciales et des conventions financières conclues ou poursuivies au cours de l'année civile précédant la publication de l'avis d'appel à la concurrence avec les organisations syndicales appelées à la négociation des accords collectifs nationaux de travail conclus dans le champ des conventions collectives du 8 février 1957, 25 juin 1968 et 4 avril 2006, et l'Ucanss.

Les organismes assureurs non retenus à l'issue du processus doivent être informés, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 21 jours et les raisons doivent leur être fournies. Ils peuvent demander, par lettre recommandée avec accusé de réception, des compléments d'explications qui doivent leur être fournis dans un délai de 2 mois.

II - CRITERES D'ÉLIGIBILITÉ ET D'ÉVALUATION DES OFFRES

Article 4 – Groupement d’assureurs

Plusieurs assureurs peuvent décider de se réunir afin de remplir ensemble les critères d’éligibilité et d’évaluation en vue de présenter une offre de candidature indissociable.

Dans ce cas, ils désignent, parmi eux, un chef de file auquel ils donnent mandat pour les représenter en toute circonstance.

Ce chef de file constitue ainsi l’interlocuteur unique pour le compte du groupement.

Article 5 – Critères d’éligibilité

Au regard du contexte spécifique du dispositif mis en œuvre dans le cadre du présent accord, seuls pourront être recommandés les assureurs réunissant les critères suivants :

5.1 - Disposer des agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d’assurance concernées par le protocole d’accord.

5.2 – Les encaissements de frais médicaux net de réassurance doivent être au minimum de 400 M€ en moyenne sur les 3 dernières années

5.3 – Disposer d’une expérience dans la participation à la gestion de régimes de frais de santé de branche ou d’entreprises et, dans ce cadre, couvrir au moins 200.000 salariés dont au moins 3 branches professionnelles ou entreprises représentant chacune au moins 10.000 salariés.

5.4 – Disposer de fonds propres dans les conditions suivantes :

- taux de couverture du SCR (Solvency Capital Requirement) par les fonds propres, au sens de Solvabilité 2 d’au minimum 180%, l’analyse étant faite au niveau de l’entité, du chef de file visé à l’article 4 de la présente annexe ou du groupe prudentiel d’appartenance (société de groupe d’assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe) ;

- répartition des fonds propres d’au moins 80 % dans la catégorie 1 (« FP de catégorie 1 »), l’analyse étant faite au niveau de l’entité, du chef de file visé à l’article 4 de la présente annexe ou du groupe prudentiel d’appartenance (société de groupe d’assurance mutuelle, société de groupe assurantiel de protection sociale, union mutualiste de groupe).

5.5 – Disposer d’au moins 35 implantations locales réparties sur le territoire.

5.6 – Permettre aux adhérents de bénéficier d’un réseau de soin, ou de conventionnements avec des professionnels de santé, mobilisables sur l’ensemble du territoire, notamment en matière d’optique et de soins dentaires.

Article 6 – Critères d’évaluation des offres

Les critères d’évaluation des offres sont les suivants :

6.1 - La pertinence et la pérennité de l’offre tarifaire - 25 % du poids total

6.2 - L’expérience dans la gestion de régimes de l’économie sociale et solidaire ou de la Sécurité sociale - 15 % du poids total

6.3 - La qualité de la gestion et du système d’information - 15 % du poids total

6.4 - Le proximité et le maillage territorial - 15 % du poids total

6.5 - La disponibilité et la qualité du reporting technique et financier - 10 % du poids total

6.6 - Les services et actions en faveur de la maîtrise des dépenses (réseau de soins, etc.) - 10 % du poids total

6.7 - Les services et actions en matière de prévention - 10 % du poids total

Fait à Paris, le
Au siège de l'Ucanss
18 avenue Léon Gaumont
75980 PARIS CEDEX 20

Philippe Renard
Directeur

Syndicat National du Personnel de Direction des Organismes Sociaux CFDT		Fédération PSTE de la Protection Sociale du Travail et de l'Emploi CFDT	
Syndicat National des Agents de Direction et d'Encadrement des Organismes Sociaux CFTC		Fédération de la Protection Sociale et de l'Emploi CFTC	
Syndicat National du Personnel de direction des organismes de Sécurité sociale, d'allocations familiales et des organismes assimilés CFE/CGC		Fédération Nationale des cadres des caisses de Sécurité sociale, d'allocations familiales et des organismes assimilés CFE/CGC	
Union Fédérale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens des Organismes sociaux C.G.T		Fédération Nationale des Personnels des Organismes Sociaux CGT	
Syndicat National Force Ouvrière des Cadres des Organismes sociaux C.G.T./F.O.		Fédération des employés et Cadres CGT/FO	