



ATOUT FRANCE

L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT TOURISTIQUE

**MARCHE DE SERVICES
APPEL D'OFFRES OUVERT
SOUSCRIPTION DES CONTRATS D'ASSURANCES
FRAIS DE SOINS - PREVOYANCE**

**CAHIER DES CLAUSES TECHNIQUES PARTICULIERES
(C.C.T.P.)
LOT N°1 : FRAIS DE SOINS**

Représentant du Pouvoir
adjudicateur

ATOUT FRANCE
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
79-81 RUE DE CLICHY
75009 PARIS
TEL. : 01 42 96 70 00

Assistance du pouvoir
adjudicateur

CABINET JULIEN
14 RUE ALFRED SAUVY
31270 CUGNAUX
TEL. : 05 62 87 37 37 – FAX : 05 62 87 37 38

FICHE TECHNIQUE

SOUSCRIPTEUR

ATOUT FRANCE

79-81 rue de Clichy
75009 PARIS

Représenté par son Directeur Général en exercice

ASSURES

ATOUT FRANCE

EFFET

1^{er} JANVIER 2019

ÉCHEANCE PRINCIPALE

1^{er} JANVIER

PAIEMENT

MENSUEL A TERME ECHU

DUREE

Le marché est conclu pour une **durée de 5 ans** avec possibilité de résiliation chaque année à l'échéance principale.

Le marché se terminera le **31 décembre 2023**.

En cas de résiliation par l'une des parties quelle qu'en soit la cause, **un préavis de 2 mois** devra être respecté.

ELEMENTS D'APPRECIATION DU RISQUE

Ces informations sont communiquées pour une meilleure connaissance du risque mais ne peuvent pas être utilisées pour limiter l'application des garanties.

Elles ne sont valables qu'à la date de lancement de la consultation des assureurs et peuvent évoluer tout au long de la durée du marché.

STRUCTURE

- code Siret RCS de Paris 340 709 211
- code APE : 8413Z
- Pas de convention collective applicable mais possible rattachement prochain Convention collective Nationale des Organismes de Tourisme à caractère non lucratif. IDCC : 1909 N° de brochure : 3175 : accord santé : organisme libre mais des garanties imposées et participation employeur 50%

CCN : Pour tous les salariés, sans ancienneté. Ayant droit à titre facultatif

4.3. Quel que soit l'organisme assureur auquel adhère la structure, elle doit vérifier que les garanties couvertes sont au moins égales aux garanties de base identifiées en annexe. : voir tableau analyse en annexe : il est demandé aux candidats d'ajouter la garantie implantologie pour un forfait de 1 500 €/an

CONTRATS ANTERIEURS

1 : Contrat à adhésion obligatoire sans condition d'ancienneté

Ensemble du personnel hors expatriés

Garanties actuelles jointes en annexe

2 : Contrat à adhésion facultative sans condition d'ancienneté

Ensemble du personnel hors expatriés

Garanties actuelles jointes en annexe

Pour information : Presque tous les salariés y adhèrent.

STATISTIQUES SINISTRES

Jointes en annexes : ci-dessous le périmètre des documents joints

- 04/062301-0001-7 : contrat fermé en 2012
- 04/066117-0001-3 : contrat fermé en 2010
- 04/069629-0001-4 : contrat frais de santé expatriés
- 04/072166-0001-2 : contrat frais de santé ensemble du personnel
- 04/072754-0001-5 : contrat frais de santé ensemble du personnel congès parental ou sans solde
- 04/081207-0001-3 : contrat prévoyance ensemble du personnel
- 04/109979-0001-5 : contrat prévoyance expatriés
- 04/680131-0001-0 : contrat qui n'existe plus

04/067671-0001-8 , 04/107327-0001-9 & 04/107328-0001-7 : contrats fermés au 24/02/2010 suite à dissolution de la société France guide qui faisait partie du périmètre à l'époque

MODE DE MISE EN PLACE

Accord d'entreprise actuellement

Annexe 2

Tous les cas de dispense seront retenus (date de 2015).

**INFORMATIONS SUR
LES SALAIRES**

Joint en annexe dans chacun des sous dossiers reprenant :

- le sexe
- Nature du contrat
- Qualification
- Date de naissance
- Age
- Date d'entrée dans la société
- Situation familiale
- Nombre d'enfants à charge
- Brut mensuel

PARTICIPATION EMPLOYEUR

70% : Régime de base et régime facultatif

PORTABILITE

5 portabilités en cours à ce jour

TARIFICATION

Le candidat s'engage à maintenir le taux sur une **période de 2 ans : 2019 et 2020.**

A compter du 01/01/2021, les tarifs seront revus annuellement en fonction des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat, de l'application de nouvelles taxes ou des évolutions législatives ou réglementaires.

La hausse maximale liée à une évolution défavorable de la sinistralité sera limitée à +5% pour l'exercice 2021 et à +8% pour les exercices 2022 et 2023.

Contrat à mettre en place :

- pour l'ensemble du personnel
- à adhésion obligatoire
- sans condition d'ancienneté
- avec participation de l'employeur : 70%

Garanties à mettre en place : **les garanties actuellement en place en base obligatoire et en base facultative**

Ajout en base de l'implantologie : forfait annuel de 1 500 € /bénéficiaire

TARIFICATION N°1

Tarifs : Famille

Garantie obligatoire des ayants-droit

TARIFICATION N°2

Tarifs : Isolé/famille

Garantie obligatoire des ayants-droit

TARIFICATION N°3

Tarifs : Isolé/famille

Garantie facultative des ayants-droit

Il est demandé à l'assureur de prévoir d'ores et déjà les tarifs applicables pour le maintien à titre individuel des garanties pour les salariés en fin de contrat de travail (voir Acte d'engagement)

CONDITIONS PARTICULIERES

Dans les paragraphes qui suivent, les garanties ainsi que les aménagements spécifiques souhaités pour chacune d'entre elles vous seront exposés.

Dès lors qu'une rubrique ne comporte pas de commentaires, les assureurs sont libres de prévoir les textes traditionnellement intégrés dans les conditions générales et conventions spéciales de leurs contrats, pour autant qu'ils soient plus favorables à l'assuré.

Ainsi, l'assuré en cas d'absence de réserves ou d'observations mentionnées ci-avant, ne pourra se voir opposer une mesure ou clause moins favorable, ou ayant pour conséquence une limitation de son indemnisation.

TABLEAU DE GARANTIES

En annexe

DISPOSITIONS GENERALES

CONTRAT A METTRE EN PLACE	Contrat responsable à adhésion obligatoire avec participation de l'employeur. Tous les salariés, quel que soit leur statut bénéficient d'un contrat. Application du principe de la portabilité par mutualisation. Contrat complémentaire non responsable à adhésion facultative.
COLLEGE A ASSURER	Le régime bénéficiera à l'ensemble du personnel.
FORMALITES MEDICALES	Le contrat sera mis en place sans que soit complété un questionnaire par le salarié.
TERRITORIALITE	Monde entier Toutes les garanties sont acquises lors de mission à l'étranger, y compris dans le cadre d'événements tels que les guerres civiles ou étrangères, émeutes, etc.
PORTABILITE	En application de l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés bénéficient, dans les mêmes conditions que les salariés en activité, d'un maintien des régimes de prévoyance (« frais de santé » et « incapacité-invalidité-décès ») dont ils bénéficiaient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage (à l'exception du licenciement pour faute lourde). Le droit à portabilité est ainsi subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application. La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail, ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois. Les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre, ce maintien de garanties étant financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de frais de santé des salariés en activité.

**CONTINUATION DU
CONTRAT A TITRE
INDIVIDUEL**

Pour tout assuré ainsi que ses ayants droit, bénéficiaires du régime de protection, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prennent fin, soit le contrat de travail qui le lie à son employeur, soit les conditions particulières qui lui permettent d'être rattaché au contrat groupe.

En cas de cessation des garanties, le candidat s'engage à leur faire parvenir une proposition de contrat individuel (avec tarif mentionné dans l'article 8 de l'acte d'engagement), dans un délai d'un mois suivant la résiliation des garanties. L'assuré et ses ayants droit, bénéficiaires des garanties, auront la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que l'assureur ne puisse opposer aucun motif de refus. Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée et ne sera pas exigé de formalités médicales.

**MAINTIEN EN CAS DE
SUSPENSION DU
CONTRAT DE TRAVAIL**

Les garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail si le salarié participant bénéficie de la part de son employeur d'un maintien de salaire.

Ce maintien de garanties cesse :

- à la date de reprise d'activité du salarié ;
- à la date de prise d'effet de la retraite sécurité sociale ;
- à la date de cessation du versement du complément de salaire ;
- à la date de rupture du contrat de travail ;
- à la date de résiliation du contrat.

Les salariés dont la suspension du contrat de travail a pour origine un arrêt de travail indemnisé par la sécurité sociale bénéficient de ce maintien de garantie jusqu'à la date de reprise d'activité ou jusqu'à la date de prise d'effet de la retraite sécurité sociale.

Il est rappelé que les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération peuvent demander à conserver le bénéfice des garanties.

OBJET DE LA GARANTIE La garantie a pour objet de compléter les remboursements du régime général de Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation, dans la limite des frais engagés par les bénéficiaires.

Le contrat proposé par le candidat doit respecter les règles du « contrat responsable ».

Il est émis conformément aux dispositions des articles L. 322-2, L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Conformément à l'article L. 322-2, il doit être laissé à la charge de l'assuré une participation forfaitaire fixée à 1 € par l'article R. 322-9-2 du même code pour les actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie (à l'exclusion de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation) les actes de biologie médicale et les franchises médicales laissés à la charge de l'assuré.

Article R871-1 du code de la sécurité sociale

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :

1. La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 ;
2. Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Article R871-2 du code de la sécurité sociale

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

1. D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;
2. D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6°, 7° et 14° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;
3. D'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

4. De l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions prévues à l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'arrêté pris en application du I de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux 1° à 3° sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

Les dispositions du présent I sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions y afférentes.

Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge totale de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Le contrat doit aussi garantir la prise en charge du ticket modérateur pour les actes et consultations effectués lors de l'hospitalisation.

DEFINITIONS

CONJOINT

Le conjoint est défini comme étant l'époux ou l'épouse de l'affilié non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu à prestation.

PARTENAIRE A UN P.A.C.S.

Le partenaire à un P.A.C.S. est défini comme étant la personne liée au participant par un pacte civil de solidarité (P.A.C.S.) au sens de l'article 515-1 du code civil.

CONCUBIN

Le concubin se définit comme étant la personne vivant sous le même toit que le participant, leur vie commune devant présenter un caractère de stabilité et de continuité au sens de l'article 515-8 du code civil.

L'assuré et son concubin doivent être célibataires, veufs ou divorcés au sens du code civil et non liés par un PACS.

BENEFICIAIRES

- Le salarié,

Dans le cas d'une adhésion « famille », les personnes suivantes pourront bénéficier des garanties :

- Le conjoint du salarié, non séparé de droit ; la personne liée au salarié par un pacte civil de solidarité ou à son concubin déclaré,
- Les enfants à charge, qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs (adoption simple ou plénière), naturels ou recueillis (c'est à dire ceux de l'ex-conjoint éventuel du conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS de l'assuré décédé, qui ont vécu au foyer au moment du décès ou si l'autre parent n'est pas tenu d'une pension alimentaire) assurés sociaux âgés de moins de 28 ans révolus s'ils vivent au foyer, y compris ceux de son conjoint, du concubin, de la personne liée par un pacte civil et dans les conditions ci-après :
 - Etudiants affiliés au régime de la sécurité sociale des étudiants.
 - Etudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur, affiliés au régime de la Sécurité sociale autre que celui visé ci-dessus, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de 3 mois par an.
 - En formation par alternance, sous réserve que la rémunération n'excède pas 65% du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) :
 - Rémunéré par leur école,
 - Effectuant un stage rémunéré en entreprise, dans le cadre de leur scolarité,
 - Sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation.
- Handicapés percevant les allocations prévues par la loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées.
- Toute personne à la charge de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin au sens des assurances fiscales.

Fait en un seul original.

A , le

Mention manuscrite "Lu et Approuvé"

Cachet et Signature de l'assureur