

VILLE DE TOURNON-SUR-RHONE

APPEL A PARTENARIAT POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE COMMUNALE ENGAGEMENT de l'organisme d'assurance

Objet de la consultation :	Assurance COMPLEMENTAIRE SANTE à destination des habitants de TOURNON-SUR-RHONE
Procédure :	Appel à partenariat

ARTICLE 1 : OBJET DU PARTENARIAT

Contexte

La Ville de TOURNON-SUR-RHONE souhaite l'établissement dans le cadre d'une « mutuelle communale » d'un contrat Complémentaire santé « ouvert » par l'assureur retenu, à destination des habitants de la Ville.

Dans un contexte de difficultés sociales, la Ville de TOURNON-SUR-RHONE toujours proche de ses habitants, a constaté que de nombreux habitants, notamment les retraités, les indépendants, les étudiants, les personnes sans emploi et certains actifs ne peuvent bénéficier d'une couverture mutuelle en raison des tarifs de contrats individuels élevés. De ce fait, beaucoup renoncent à leur couverture santé pour raisons financières. En effet, les contrats collectifs en entreprises donnent aujourd'hui, une réponse destinée uniquement aux salariés.

Aussi, au regard des sollicitations de ses usagers et au regard des besoins exprimés par ses habitants, la municipalité, a souhaité faire un appel à partenariat auprès d'assureurs pour l'obtention de tarifs préférentiels afin :

- de veiller à ce que chacun puisse accéder aux soins ;
- de proposer une offre de soins de qualité et de proximité ;
- de gagner en pouvoir d'achat.

Objet de la consultation

La présente consultation a pour objet la mise en place d'une mutuelle santé négociée pour les habitants de TOURNON-SUR-RHONE, qui le souhaitent, sous réserve qu'ils justifient de leur qualité de résident sur la commune.

La Ville sera partenaire de la structure retenue par le biais de cet appel à partenariat.

Il est bien précisé que la Ville n'aura de rapport financier et de responsabilité ni avec la structure retenue ni avec les usagers contractant avec ladite structure et l'assureur retenu.

Le candidat retenu contractualisera directement avec les tournonais(es).

La présente consultation a pour but la mise en place d'un contrat groupé ouvert à adhésion facultative sur une durée de 4 ans.

Un comité de suivi sera chargé de veiller annuellement aux résultats techniques et à l'évolution du contrat, notamment au regard de dispositions législatives ou réglementaires relative à la complémentaire santé.

Les candidats devront respecter les réglementations en vigueur (code de la Mutualité, code des assurances, ...) et s'adapter à son évolution durant le contrat.

ARTICLE 2 : PRIX

L'ensemble des services à exécuter au titre de cet acte d'engagement sera rémunéré selon les modalités définies sur la fiche de tarification constituant l'annexe n°1 du présent acte d'engagement.

Les montants indiqués sur la fiche de tarification s'entendent tous compris : taxes, frais de gestion, commissions, droits d'adhésion... sauf indication expresse contraire du soumissionnaire.

Les montants indiqués constituent des cotisations provisionnelles calculées à partir des éléments fournis aux candidats à la date de l'engagement de la consultation. Un ajustement sera appliqué à la date d'effet du contrat à partir des éléments actualisés à cette date (variation du PMSS).

Seules les modalités de détermination de la cotisation sont contractualisées (taux, cotisation unitaire forfaitaire, minima annuels de cotisation...). **Elles sont fermes, et toutefois actualisées selon la variation de l'indice éventuellement retenu (voir C.C.P. et fiche de tarification).**

Il est expressément convenu que toute évolution de la fiscalité sera applicable au contrat.

Déclaration de sous-traitance :

Recours à la sous-traitance : OUI / NON – si OUI joindre obligatoirement en annexe un formulaire DC4 par sous-traitant.

Dans l'affirmative, chaque DC4 annexé au présent acte d'engagement indique la nature et le montant des prestations que j'envisage (ou nous envisageons) de faire exécuter par chaque sous-traitant payé directement, le nom de chaque sous-traitant et les conditions de paiement de chaque contrat de sous-traitance.

Le montant des prestations sous-traitées indiqué dans chaque annexe constitue le montant maximal de la créance que chaque sous-traitant concerné pourra présenter en nantissement ou céder.

Chaque annexe constitue une demande d'acceptation du sous-traitant concerné et d'agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance, demande qui est réputée prendre effet à la date de notification du marché. Cette notification est réputée emporter acceptation du sous-traitant et agrément des conditions de paiement du contrat de sous-traitance.

Le montant total des prestations dont la sous-traitance est envisagée conformément à ces annexes est de :

Montant : _____ € HT soit : _____ € TTC

ARTICLE 3 : DUREE DU MARCHE

Les contrats prendront effet le 1^{er} janvier 2022 à zéro heure. Ils seront conclus pour une durée de 48 mois, reconduits automatiquement à l'échéance chaque année jusqu'au 31 décembre 2025.

Outre les conditions prévues au Code des Assurances et au code de la Mutualité, modifiées le cas échéant par les dispositions ci-après, le contrat est résiliable annuellement à l'échéance moyennant **un préavis dont la durée est fixée par le C.C.P.**

ARTICLE 4 : PAIEMENT

Chaque habitant réglera sa cotisation directement à l'organisme d'assurance ou à son mandataire (chèque, prélèvement...).

ARTICLE 5 : ORDRE DE PRIORITE DES PIECES CONTRACTUELLES – ENGAGEMENT de l'ORGANISME D'ASSURANCE

Les documents contractuels énumérés ci-dessous sont classés par ordre de priorité décroissante :

1. Le présent acte d'engagement et ses annexes dont la note de réserves si formulées.
2. Le Cahier des Clauses Particulières (C.C.P.) : l'ensemble des dispositions du cahier des clauses particulières constitue les conventions particulières au contrat. Ces dispositions dérogent à toutes les conditions d'assurance (générales, particulières, spéciales...) émises par l'assureur et s'appliqueront par conséquent en priorité. Toutefois, dans le cas où les conditions de l'assureur comporteraient des dispositions plus favorables aux intérêts de l'assuré, leur application reprendrait un caractère prioritaire.
3. Les textes de l'assureur (conditions générales, conditions particulières...) complétés, ou à défaut, par les dispositions du Code des assurances ;

A/ Identification

Je soussigné,

Identification professionnelle **du signataire de l'acte d'engagement** :

Nom / prénom :	
Fonctions au sein de la personne morale :	
SIRET :	
Représentant la personne morale signataire suivante :	

Identification des opérateurs exécutant le marché :

Si groupement, identité du mandataire du groupement :			
Intermédiaire :	Dénomination :		
	SIRET :		ORIAS : <input type="checkbox"/>
	Est-il membre du groupement : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON		
Organisme porteur du risque n°1 : <small>Tel que figurant sur la fiche info organisme porteur transmise au stade candidature</small>	Dénomination :		
	Si groupement : coassurance : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON – si oui % du risque : <input type="text"/>		Apériteur : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
	Si groupement, risque porté et rôle dans le groupement :		
Autre :	Dénomination :		
	SIRET :		Sous-traitant : <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON – si oui voir article 2 ci-après
	Préciser les missions de l'opérateur :		

- après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces visé en objet, et notamment du cahier des clauses particulières (C.C.P.) et de ses annexes,
- après avoir fourni les pièces prévues par le règlement de la consultation,
- atteste que les informations de(s) la fiche(s) info organisme porteur transmise avec la candidature sont toujours valables,
- m'ENGAGE ou ENGAGE les membres du groupement / l'entreprise dont je suis mandataire, conformément aux conditions, clauses et prescriptions mentionnées au Cahier des Clauses Particulières assorties, si elles existent, des réserves et/ou observations formulées à l'appui de mon offre, à exécuter les prestations dans les conditions ci-après définies.

Vos références /Clients

.....
.....
.....
.....
.....

ARTICLE 2 : ENGAGEMENT DU PARTENAIRE – OFFRE

Votre structure est-elle déjà habilitée à proposer un contrat de complémentaire santé spécifiquement dédié aux bénéficiaires de la CSS participative ?

oui non

Si oui, quel est son intitulé ? :

Depuis quand existe-t-il ? :

Détaillez le contenu du / des contrats de complémentaire santé que vous proposez dans le cadre du présent appel à partenariat (joindre tout document le cas échéant) :

.....
.....
.....
.....
.....

Précisez les moyens humains et le réseau de proximité spécifiquement dédiés à ce partenariat ?

.....
.....
.....
.....

Préciser les actions collectives de prévention que pourriez proposer auprès des publics cibles et les modalités de mise en œuvre ?

.....
.....
.....
.....

Comment envisagez-vous de rendre compte à la Ville de TOURNON-SUR-RHONE de votre activité au bénéfice de ses résidents ?

.....
.....
.....
.....

Objet de la consultation :	Assurance « complémentaire santé » pour l'ensemble des habitants de TOURNON-SUR-RHONE
----------------------------	--

Acte d'engagement – annexe n°1 :	Cahier des Clauses Particulières NOTE DE RESERVES – ACCEPTATION DU TABLEAU DES GARANTIES page 1/2
Fait à :	Signature du partenaire :
Le :	

Acceptation des clauses du cahier des clauses particulières réserve ni observations

OUI NON

Conditions du Cahier clauses particulières	Article concerné	Position		10 Points	RESERVES / OBSERVATIONS
		OUI	NON		
Acceptation des modalités d'adhésion sans délai d'attente ni questionnaire médical pour les habitants non assurés.	5.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	
Après la date d'effet du contrat, sans délai de carence ni questionnaire médical - pour les habitants actuellement assurés.	5.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
Acceptation de la définition d'ayants droits	5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
Absence d'exclusion à la suite d'accident d'aéronefs, sports loisirs à titre amateur	5.6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Acceptation des dispositions pour des séjours de moins de 3 mois (monde entier)	5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Prise en charge des frais de soins engagés hors de France (après intervention SS)	5.8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Prise en charge des frais de soins prescrits avant la date d'effet du contrat, non encore réalisés.	5.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Acceptation des dispositions relatives aux frais hors secteur conventionné	5.11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Le candidat s'engage (article 15 de la loi EVIN) à transmettre annuellement au souscripteur un compte de résultats	5.12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
Remise de la notice d'information à chaque assuré	5.14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0.50	
Le candidat s'engage à éditer et à remettre la carte de tiers payant à chaque assuré, avant la date d'effet du contrat.	5.15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	
L'organisme assureur est subrogé dans les droits de l'adhérent, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable de l'accident	5.16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	

Acceptation du tableau des garanties sans réserve ni observation OUI NON

TABLEAU DES GARANTIES (10 pts)	Article concerné CCP	RESERVES / OBSERVATIONS
Acceptation des prestations /montants	3.	

(*) Les pénalisations applicables seront effectuées par multiple de 0,25 selon l'importance de la réserve

Objet de la consultation :	Assurance « complémentaire santé » pour l'ensemble des habitants de TOURNON-SUR-RHONE
Acte d'engagement – annexe n°2 : FICHE DE TARIFICATION / EVOLUTION DU TARIF	
Fait à :	Signature du soumissionnaire :
Le :	

TARIFICATION (60 points - 20 points par formule)

PAR HABITANT		FORMULE COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDARITE		FORMULE SECURITE		FORMULE CONFORT	
		Hors taxes	TTC	Hors taxes	TTC	Hors taxes	TTC
Personne de moins de 30 ans	Cotisation mensuelle €						
	Taux %						
Personne de 30 ans jusqu'à 62 ans	Cotisation mensuelle €						
	Taux %						
Personne de plus de 62 ans	Cotisation mensuelle €						
	Taux %						
Enfant	Cotisation mensuelle €						
	Taux %						
FAMILLE	Cotisation mensuelle €						
	Taux %						

EVOLUTION DU TARIF (10 points)	
L'assureur s'engage à ne pas augmenter le tarif communiqué à l'appui de son offre PENDANT 2 ANS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'assureur s'engage à ne pas RESILIER le contrat par suite de résultats techniques déficitaires PENDANT 2 ANS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'assureur s'engage à ne pas majorer le taux de cotisation au-delà de la période de stabilité :	
1) de plus de 3 % : (hors indexation PMSS)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Ou,	
2) de plus de 5 % : (hors indexation PMSS)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Dans la négative l'assureur s'engage à fournir une méthode de calcul de la majoration liée à des résultats techniques déficitaires AVEC UN PLAFONNEMENT ANNUEL DE MAJORATION	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Indication du montant des frais de gestion : ...%

objet de la consultation :	Assurance « complémentaire santé » pour l'ensemble des habitants de TOURNON-SUR-RHONE	
Acte d'engagement – annexe n°3 :	FICHE DE GESTION (sur 30 points)	
Fait à :	Signature du soumissionnaire :	
Le :		

Important : il est demandé aux candidats d'intégrer dans chaque rubrique de la note de gestion les éléments de leur réponse et ainsi éviter le renvoi au mémoire de gestion.

1) Organisation des liens avec TOURNON-SUR-RHONE (3 pts)

- **Interlocuteurs dédiés** auprès du souscripteur (identité / coordonnées) :
 - Gestion commerciale du contrat :
 - Gestion des prestations/recouvrement.....
- Création d'un comité de pilotage :** OUI NON

2) Mise en place du dispositif (5 pts)

Mise en place du contrat :

- Réunion 10 jours après la notification avec les services de la Ville OUI NON
- Etablissement d'un retroplanning : OUI NON
- Existence d'un Extranet dédié (*) : OUI NON

(*) le process d'utilisation de l'Extranet sera joint au mémoire

Les supports d'adhésion et d'information :

- Réalisation et édition par les services du candidat : OUI NON
- Fourniture des bulletins d'adhésion, notices d'information en nombre suffisant : ... OUI NON

Organisation des réunions d'informations :

- Au moins **1 réunion** de présentation auprès des habitants (*) : OUI NON
- Les réunions se dérouleront à l'initiative des services de la Ville.**
- Remise du kit d'adhésion (y compris modèle de courrier de résiliation) : OUI NON

(*) important : en fonction de la situation sanitaire, **les réunions prévues en « présentiel », pourront avoir lieu par système Visio, voire conférence téléphonique.**

⇒ **Le candidat détaillera les modalités de déroulement des réunions / permanences tant lorsqu'elles auront lieu en « présentiel » ou par Visio (moyens techniques, supports).**

.....

.....

.....

Nb : Intégrer la réponse ou renvoi précisé (page ...) au mémoire de gestion

Implantation locale :

- Le candidat indiquera s'il dispose d'un bureau ou agence locale (en proximité). OUI NON

Si oui préciser (identité / coordonnées) :

.....

.....

3) Modalités de gestion administrative (5 pts)

3.1 Gestion des affiliations :

- Par bulletin « papier » : OUI NON
- Adhésion en ligne via un extranet : OUI NON
- Autre moyen d'affiliation (*) : OUI NON

(*) Préciser toutes autres modalités de gestion des affiliations

.....

.....

.....

.....

Nb : Intégrer la réponse ou renvoi précisé (page ...) au mémoire de gestion

3.2 Développement des affiliations pendant la durée du contrat :

Actions possibles :

- Organisation de permanences régulières (à définir avec les services de la Ville) : OUI NON
- Diffusion de flyers, affiches et autres supports, avec le concours des services de la Ville OUI NON
- Utilisation de l'extranet de la Ville pour relance et opération « commerciale » OUI NON
- Autres dispositif OUI NON

4) Modalités de communication avec les affiliés (3 pts)

- Accès extranet : OUI NON

- **Si oui :**
 - Accès contenu des garanties et notice d'information ;
 - Suivi du remboursement en ligne par l'affilié
 - Autres informations :
- Plateforme téléphonique :
 - Service interne du prestataire / service externalisé par le prestataire ;
 - Appel gratuit / tarif local ;
 - Amplitude horaire jour ouvrés :
 - Ouverture le samedi matin : OUI NON

5) **Modalités de gestion des prestations (4 pts)**

5.1 - **Réseaux des prestataires :**

- Nom du réseau « tiers payant » : OUI NON
- Les professionnels sont-ils géolocalisables : OUI NON
- Nombre d'accords de tiers payant à TOURNON-SUR-RHONE : OUI NON
- Existence d'un réseau spécialisé optique ? : OUI NON
- Nom du réseau :

Si oui, le candidat décrit le détail des prestations proposées en indiquant les avantages proposés aux habitants passant par le réseau (montant des prestations, diminution du reste à charge...) :

.....

.....

.....

.....

- 5.2 - **Service d'analyse des devis :** OUI NON

Le candidat précisera les modalités de recours au système d'analyse de devis proposé (mail etc.) et les prestations fournies (reste à charge etc.) :

.....

.....

.....

.....

- Délais de réponse : 48h : OUI NON

5.3 - **Gestion d'une prise en charge hospitalière :**

- Demande possible par : courriel - internet : - courrier : OUI NON
- Délais de réponse : 24h : OUI NON
- Autre :

5.4 - **Modalités de gestion du remboursement de frais :**

- Gestion par télétraitement NOEMIE : OUI NON
- Gestion des dossiers « papier » :
 - Gestion internalisée : OUI NON
 - Gestion externalisée (***) : OUI NON

(***) : **préciser** (identité / coordonnées du sous-traitant) :

.....

.....

.....

5.5 - **Délais de remboursement :**

Le candidat s'engage à procéder aux remboursements de frais dans un délai maximum de (exprimé en jours ouvrés) (à compter réception dossier complet) :

- Via NOEMIE : 2 Jours OUI NON
- Dossier « papier » : 5 Jours OUI NON

Autres modalités de gestion ou précisions utiles :

.....
.....

5.6 - Modalités de gestion du remboursement de frais dans le cadre du 100% Santé :

- Le candidat confirme qu'il dispose de moyens permettant son intervention en 100% santé : OUI NON

Modalités de gestion du 100% Santé précisions utiles :

.....
.....

Nb : peut être complété par une note complémentaire détaillée.

6) Outils de suivi (4 pts)

Présenter les outils d'analyse de la consommation :

.....
.....

Nb : Intégrer la réponse ou renvoi précisé (page ...) au mémoire de gestion

- Fourniture d'un spécimen de compte de résultats (détail de la sinistralité par poste de garantie : règlements et provisions détaillés par ligne) : OUI NON
- Envoi du compte de résultats détaillé à la Ville fin MAI de chaque année : OUI NON
- Déroulement d'une réunion de travail annuelle (comité de pilotage) : OUI NON

7) les services annexes (6 pts)

Prévention : (2 pts)

OUI NON

- Prévention des risques psycho-sociaux (ligne d'écoute)

OUI NON

Indiquer les autres actions envisageables de prévention à destination des affiliés :

Actions envisageables de prévention :

.....
.....
.....

Nb : Intégrer la réponse ou renvoi précisé (page ...) au mémoire de gestion

Assistance aux personnes : (2 pts)

OUI NON

Dans l'affirmative indiquez le nom de l'organisme d'assistance ? :

Décliner les prestations essentielles accordées 24/24h et 7/7 jours :

.....
.....

(Une documentation descriptive peut être fournie)

Fonds social : (2 pts)

OUI NON

Dans l'affirmative précisez les conditions permettant la prise en charge d'un dossier ?

.....

Mémoire de gestion joint (succinct)

OUI NON

Je soussigné, (nom / prénom)

représentant la société :

agissant en qualité d'assureur / apériteur / intermédiaire **mandaté** (Rayer la mention inutile)

Accepte de produire un contrat « ouvert » « complémentaire santé » à destination des habitants de TOURNON-SUR-RHONE pour les risques objet du présent acte d'engagement et selon les garanties retenues par ce dernier à compter du :

1^{er} janvier 2022 à 0 h.

En outre, je m'engage :

- **à délivrer dans les dix jours** de l'accord qui me sera notifié un accusé réception de la notification indiquant **le numéro du contrat** ainsi que toutes informations pratiques pour sa mise en œuvre.

- **j'atteste que** l'organisme ou le groupement qui porte et provisionne les risques dispose des agréments utiles à la couverture de l'ensemble des garanties objet du contrat à venir ;

L'organisme d'assurance s'engage à respecter la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée ainsi que le Règlement (UE) 2016/679 « RGPD ».

Je confirme accepter les dispositions du cahier des clauses particulières dans les conditions suivantes :

1 / J'accepte les termes du cahier des clauses particulières, dont j'ai pris connaissance et qui prévaudront, sauf dispositions plus favorables, sur toutes dispositions contraires figurant dans les documents émanant du titulaire.

OU

2 / Je n'accepte que partiellement les conditions définies par le cahier des clauses particulières et je liste les points de divergences sur une note de réserves en annexe (impérativement).

NB : Si l'une des cases ci-dessus n'est pas cochée, le soumissionnaire est réputé accepter intégralement les dispositions du cahier des clauses particulières (case n°1).

Important : Il est rappelé au candidat que les réserves formulées doivent être précises et limitées. Elles devront être listées dans un document annexé à l'acte d'engagement. La modification de l'ordre de priorité des documents contractuels défini à l'article 5 du présent acte d'engagement, le rejet total des dispositions du cahier des clauses particulières ou la formulation de réserves significatives en modifiant les principales caractéristiques entraînera l'irrégularité de l'offre.

Fait en un seul original, à _____,
le _____,

Signature / identité et fonction du signataire et cachet de l'entreprise

A compléter par l'organisme d'assurance - Personne à contacter pour demande de précisions sur l'offre s'il y a lieu :

NOM / prénom :

Tél. :

Courriel :

ACCEPTATION DE L'OFFRE PAR LE DEMANDEUR (Ville de TOURNON-SUR-RHONE :

La présente proposition est acceptée pour valoir CONVENTION DE PARTENARIAT incluant l'ensemble des documents que le soumissionnaire a transmis dans son offre ainsi que les documents suivants :

- Annexe 1 : fiche de Tarification / Evolution du tarif ;
- Annexe 2 : Note de réserves complémentaire au CCP ;
- Annexe 3 : Fiche de gestion.

A _____, le _____

Signature du représentant

Le Maire :

F. SAUSSET

Réservé au demandeur

Détail des garanties retenues / cotisations HT et TTC / assiette / indexation... :