

COMMISSION PARITAIRE DE LA BRANCHE PROFESSIONNELLE
DES ADMINISTRATEURS JUDICIAIRES ET MANDATAIRES JUDICIAIRES
4 rue de la Paix – 75002 PARIS
Secrétariat de la commission paritaire : ☎ 06-23-16-22-50

Paris, le 6 décembre 2013

Objet : notification d'un appel d'offres

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous vous notifions le cahier des charges d'un appel d'offres que nous lançons en vue de mettre en place un régime de complémentaire santé pour les salariés des études relevant de la convention collective nationale des administrateurs judiciaires et des mandataires judiciaires (IDCC 2706 Brochure JO 3353).

En effet, les partenaires sociaux de la branche ont pris la décision de mettre en place un régime de complémentaire santé au profit de l'ensemble des salariés.

Ce régime conventionnel constitue le socle minimum de garanties auquel peuvent prétendre les salariés de la branche. Il fait l'objet d'un accord entre les partenaires sociaux destinés à être étendu par le ministère.

L'accord prévoit à priori une adhésion obligatoire pour toute les entreprises c'est-à-dire 411 entreprises et 3671 salariés.

Les partenaires sociaux recherchent donc l'organisme susceptible d'être retenu pour la gestion de son régime conventionnel. Aussi, nous souhaiterions que vous étudiiez notre offre et puissiez nous faire une proposition d'ici le 28 février 2014. Bien entendu, nous restons à votre disposition pour vous donner toutes précisions souhaitées :

- Madame Valérie ARTHUS-BERTRAND, 06-23-16-22-50 valerie@ifppc.fr

Nous pourrions ensuite prévoir une réunion pour que vous nous présentiez plus précisément votre proposition au cas où vous auriez répondu au présent appel d'offre.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos meilleures salutations.


Valérie ARTHUS-BERTRAND
Secrétaire de la Commission Paritaire

P.J. Cahier des charges de l'appel d'offres

**REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE
DES ENTREPRISES RELEVANT
DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DES ADMINISTRATEURS JUDICIAIRES
ET DES MANDATAIRES JUDICIAIRES [AJMJ]**

CAHIER DES CHARGES

Le 5 novembre 2013

SOMMAIRE

- ◆ **INTRODUCTION**

- ◆ **PRESENTATION DU GROUPE**
 - Partenariat
 - Activité

- ◆ **COUVERTURE**
 - Démographie
 - Conditions tarifaires
 - Les garanties
 - Ajustement des cotisations
 - Clause de garantie des cotisations

- ◆ **GESTION DES AFFILIATIONS ET DES ADHESIONS**

- ◆ **GESTION DES PRESTATIONS**

- ◆ **QUALITE DU SERVICE RENDU**

- ◆ **INFORMATIONS**

- ◆ **GESTION TECHNIQUE ET FINANCIERE**
 - Suivi du résultat
 - Chargement et frais de toute nature
 - Les prélèvements opérés sur les cotisations

INTRODUCTION

Les partenaires sociaux de la branche des AJMJ ont pris la décision de mettre en place un régime de complémentaire santé au profit de l'ensemble des salariés.

Ce régime conventionnel constitue le socle minimum de garanties auquel peuvent prétendre les salariés de la branche. Il fait l'objet d'un accord entre les partenaires sociaux destinés à être étendu par le ministère.

L'accord prévoit à priori une adhésion obligatoire pour toutes les entreprises c'est-à-dire 411 entreprises et 3671 salariés. Bien entendu, il sera pris en compte la réécriture de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale et de l'ensemble des décrets à venir.

Les partenaires sociaux recherchent l'organisme susceptible d'être retenu pour la gestion de son régime conventionnel.

Le cahier des charges a pour objectif d'apporter des réponses à un certain nombre d'interrogations. Dans ce cadre les points suivants seront abordés :

- Présentation du groupe,
- Couverture santé,
- La gestion du régime.

Indépendamment de ces points, nous vous demandons de nous indiquer toute la valeur ajoutée que votre organisme peut apporter sur le plan de la qualité du service rendu, notamment au moment de la mise en place du régime aux salariés, aux entreprises et également en matière de contrôle des dépenses.

Nous vous demandons de bien vouloir procéder aux cotisations du régime.

Afin de permettre d'opérer un choix dans les meilleures conditions, nous demandons à recevoir vos propositions avant le 28 février 2014.

PRESENTATION DU GROUPE

Les partenaires sociaux souhaitent avoir connaissance d'un certain nombre de caractéristiques du prestataire qu'ils recherchent. Ainsi nous vous demandons de nous communiquer les informations suivantes :

Partenariat :

Votre proposition s'inscrit dans le cadre de partenariat si oui explicitez les (co assurance, réassurance...).

Activité

- Présentation générale de votre organisme
- Le dernier rapport annuel avec le résultat, la marge de solvabilité et la représentation du conseil d'administration.
- Les chiffres d'affaires en santé et prévoyance collective.
- Références des principaux clients.
- Encaissement total de votre organisme pour les 3 dernières années dont encaissement santé.
- Nombre de régimes de branche et d'entreprises significatifs en complémentaire santé.
- Nombre de personnes assurées en complémentaire santé au 31 décembre 2012 avec ventilation par régime.
- Effectifs des équipes affectées au suivi des régimes collectifs en distinguant :
 - ◆ Commercial,
 - ◆ Administratif,
 - ◆ Gestion des prestations prévoyance,
 - ◆ Gestion des prestations santé,
 - ◆ Technique.

Pourriez-vous préciser les noms, fonctions, coordonnées et expériences des personnes qui seraient en charge du dossier.

- ◆ Commercial,
- ◆ Gestion des prestations,
- ◆ Interlocuteur dédié sur le long terme.

COUVERTURE SANTE

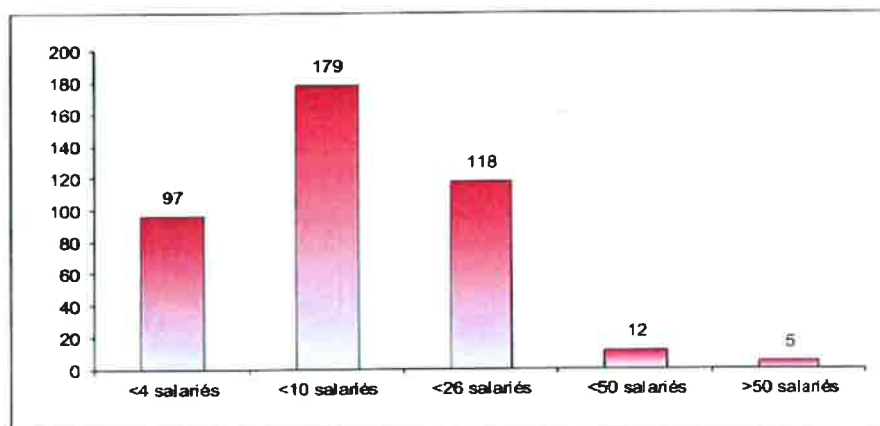
Démographie dans la branche (31/12/2012)

Nombre d'Etudes : 411

Nombre de salariés : 3671

Répartition de la population : 12% cadre, 88% non cadre

Taille des entreprises :

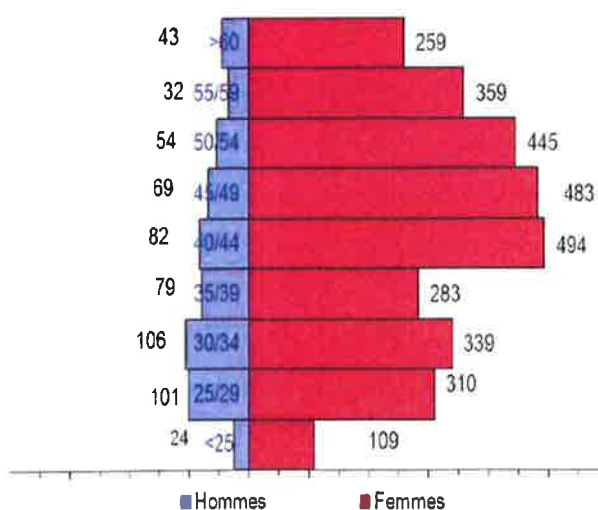


Répartition par sexe : 13% d'hommes, 84% de femmes.

Répartition par tranche d'âge et par rapport au sexe :

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
16 - 24 ans	24	109
25 - 29 ans	101	310
30 - 34 ans	106	339
35 - 39 ans	79	283
40 - 44 ans	82	494
45 - 49 ans	69	483
50 - 54 ans	54	445
55 - 59 ans	32	359
>60 ans	43	259
Total	590	3081
	16%	84%

Effectif par tranches d'âge - Ensemble du personnel



Démographie concernant la population des cadres

Âge moyen : 48 ans et 1 mois

Hommes : 46 ans et 7 mois

Femmes 49 ans et 2 mois

Repartition cadre par sexe

16 - 24 ans	0	0
25 - 29 ans	5	3
30 - 34 ans	20	18
35 - 39 ans	21	26
40 - 44 ans	33	37
45 - 49 ans	30	54
50 - 54 ans	27	53
55 - 59 ans	13	47
>60 ans	21	31

■ Hommes ■ Femmes

Effectif par tranches d'âge - Cadres

33

54

■ Hommes

■ Femmes

Démographie concernant la population non cadre

Âge moyen : 43 ans et 2 mois

Hommes : 38 ans et 3 mois

Femmes 43 ans et 7 mois

Repartition non cadre par sexe

16 - 24 ans	24	109
25 - 29 ans	96	307
30 - 34 ans	86	321
35 - 39 ans	58	257
40 - 44 ans	49	457
45 - 49 ans	39	429
50 - 54 ans	27	392
	19	312
>60 ans	22	228

13%

■ Hommes ■ Femmes

Conditions tarifaires

Nous vous demandons de procéder à une tarification en fonction de vos propres normes tarifaires et les données démographiques relatives à la profession.

a) Bénéficiaires

Nous vous demandons de nous indiquer les taux de cotisations exprimés en pourcentage du plafond de la sécurité sociale pour les bénéficiaires du régime santé de la branche. Nous définissons ceux-ci ainsi :

« sont bénéficiaires du régime « frais de santé » obligatoire tous les salariés, appelés participants de la convention collective nationale de branche justifiant d'une ancienneté continue de 3 mois dans le Etude employeur, appelé adhérent.

Ainsi on entend par bénéficiaires tous les salariés inscrits à l'effectif du Etude ayant plus de trois mois d'ancienneté :

- *Sans distinction du fait qu'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel ?*
- *Y compris ceux atteints d'une pathologie ou en arrêt maladie avant la date d'effet de l'accord ».*

Les ayants droits bénéficiaires du régime « *frais de santé* » sont :

Les ayants droits à charge du salarié au sens des articles L.161-14 et L.313-3 du code de la sécurité sociale.

- Les enfants du participant et/ ou de son conjoint, concubin, partenaire du PACS, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^{ème} anniversaire,
 - Ou jusqu'au 26^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, à contrat de travail à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle,
 - Ou en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime de base d'assurance maladie,
 - Les ayants droit bénéficiaires des prestations du présent régime au jour du décès d'un participant actif continuent d'en bénéficier pendant une durée de douze mois sans contrepartie de cotisation.

En fait, il s'agit pour nous d'une cotisation « *famille sociale* » dont le régime couvrirait le ou la salarié, les enfants et le conjoint à charge.

Cette cotisation servirait d'assiette de la répartition employeur/ salarié.

Le conjoint avec activité professionnelle aurait la faculté d'adhérer au régime conventionnel moyennant une cotisation entièrement à sa charge »

Une distinction devra être faite selon qu'il s'agit du régime général ou du régime Alsace Moselle.

b) Suppression du contrat de travail

Notre accord stipule que les garanties sont maintenues aux salariés dont le contrat de travail est suspendu :

« -Lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident (professionnel ou non professionnel) ou pour toute autre cause ouvrant droit à maintien (total ou partiel) de salaire par le Etude, soit à indemnités journalières complémentaires (résultant du régime de prévoyance), le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties. Sa quote-part de cotisation continue d'être précomptée sur la rémunération ou l'indemnité, la quote-part de l'étude étant également maintenue.

- Lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non professionnelle ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat. Seule la quote-part salariale de la cotisation totale est due et est précomptée sur sa pension d'invalidité.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise ...) n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou à indemnisation, la suspension du contrat de travail emporte suspension de l'obligation de cotiser, donc l'accès aux prestations.

Toutefois, le salarié peut continuer à bénéficier du régime, sous réserve du versement des cotisations. A cet effet, il peut demander à l'institution désignée le maintien à titre individuel et temporaire de ses garanties, la cotisation totale étant alors à sa charge ».

c) Maintien de la garantie en cas de rupture du contrat de travail

- Nous voudrions connaître la procédure mise au point pour évaluer la cotisation d'un ex salarié dans la branche pris en charge par le régime d'assurance chômage, qui arrive au terme des 12 mois mais qui veut le maintien de la garantie.

- Même chose concernant le salarié qui part en retraite.

Les garanties

FRAIS DE SANTE – Garantie dite « responsable »

REGIME GENERAL	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Complémentaire*		Total Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARA MEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes (1)	70%	30%	+170%	270%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60%	40%		100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers	65%	35%		100%
<i>(1) Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires</i>				
PHARMACIE				
Vignettes orange	15%	85%		100%
Vignettes bleues	30%	70%		100%
Vignettes blanches	65%	35%		100%
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques et d'échographie	70%	30%	+170%	270%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie	70%	30%		100%

acceptée	60%	40%		100%
Examens et laboratoires				
<i>Hors parcours de soins coordonnés, pas de prise en charge des dépassements d'honoraires</i>				
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60%	40%	+160%	260%
Prothèses auditives	60%	40%	+160%	260%
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + forfait supplémentaire	65% ou 70%	35% ou 30%	5% du PMSS	100% 5% du PMSS
HOSPITALISATION MEDICALE				
Frais de séjour (2)	80% ou 100%	20% ou 0%	+frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80% ou 100%	20% ou 0%	+200%	300%
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35% ou 0%	Frais réels	100%
Forfait journalier hospitalier (3)			2% du PMSS/jour	Frais réels
Chambre particulière (3)			1,5% du PMSS /Jour	2% du PMSS/jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans				1,5 du PMSS/ Jour
HOSPITALISATION				
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire) la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
<ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées - ateliers thérapeutiques - instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psycho-pédagogiques et professionnels, - centres de rééducation professionnelle, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées 				
(2) ETABLISSEMENTS NON CONVENTIONNES : Prise en charge limitée à 90% des frais réels				
(3) psychiatrie : prise en charge limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100%	0%	+200%	300%
Chambre particulière			2% du PMSS/jour	2% du PMSS/Jour
Indemnité de naissance			5% du PMSS	5% du PMSS
Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les trois mois suivant cette date				
OPTIQUE				
<u>Enfant (moins de 18 ans)</u>				
Monture (4)	60%		2% du PMSS	60% + 2% du PMSS
Par verre (5)	60%		2% du PMSS	60% + 2% du PMSS
<u>Adulte (18 ans et plus)</u>				
Monture (4)	60%		5% du PMSS	60% + 5% du PMSS
Par verre (5)	60%		4% du PMSS	60% + 4% du PMSS
Lentilles	60% ou 0%		4% du PMSS/an	60% ou 0% du PMSS +4% du PMSS/an
Opération de chirurgie réfractive cornéenne (6)			15% du PMSS	15% du PMSS
(4) une monture adulte par année civile par bénéficiaire				
Une monture enfant par année civile et par bénéficiaire				
(5) deux verres adulte par année civile par bénéficiaire				
Deux verres enfant par année civile et par bénéficiaire				
(6) non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'originale de la facture)				
DENTAIRE				
Soins	70%	30%	+70%	170%
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70%	30%	+170%	270%
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire	70% ou 100%	30% ou 0%	200%	200%
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire			+200%	300%
Implantologie (6)			200€	200€
Forfait par implant				
Limité à 3 implants par année civile et par bénéficiaire				
(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture)				
MEDECINE DOUCE				
Ostéopathie, chiropractie et micro kinésithérapie (6)			100€/an	100€/an
25€ maximum par séance				
(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture)				
CONTRACEPTION FEMININE				

Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste sur simple demande à la complémentaire)			50€/an	50€/an
PREVENTION				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose...) (6)			50€/an 60€/an	50€/an 60€/an
Equilibre alimentaire –diététique (6) Prise en charge de 20€ maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.			50€/an	50€/an
Vie sans tabac – sevrage tabagique Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito –comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du régime obligatoire			Frais réels 25€/an	Frais réels 25€/an
Vaccin anti-grippal (6) Autres vaccins (6) (Selon liste sur simple demande à la complémentaire)	60% à 70%	40% à 30%		100%
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004				
(6) non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
ASSISTANCE				
Assistance santé et assistance à l'étranger			Oui	Oui

***CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonné au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - Déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008)
 - Déduction des franchises médicales (décret n°2007-1937 du 26/12/2007)
- Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120€ est pris en charge par la complémentaire.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.
- Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué comme s'ils étaient conventionnés.
- Les dépassements d'honoraires relatifs aux actes techniques des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie- réanimation encadrés dans les conditions de l'article 36 de la convention médicale visée à l'article L162-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 50% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Ajustement des cotisations

Quelle est la procédure d'ajustement des cotisations qui puisse le cas échéant, permettre d'atteindre des résultats proches de l'équilibre technique ?

Clause de garanties de cotisation :

Nous vous demandons de nous préciser les conditions de maintien des taux de cotisations que vous seriez prêts à introduire dans la durée.

GESTION DES AFFILIATIONS ET DES ADHESIONS

De manière à avoir une appréciation rigoureuse des engagements contractés au profit des salariés, il est indispensable de connaître avec précision la réalité des populations assurées.

Nous vous demandons par conséquent, de préciser notamment les points suivants :

- ⇒ Procédure d'affiliation des salariés,
- ⇒ Procédure d'adhésions individuelles (contrats suspendus, retraités ...),
- ⇒ Procédures d'appel des cotisations (adhésions obligatoires et facultatives),
- ⇒ Procédures de NOEMISATION et les délais,
- ⇒ Services et l'assistance que vous êtes en mesure de rendre aux bénéficiaires,
- ⇒ Procédures d'adhésions à l'occasion de changement d'adresse, de situation de famille.

Dans chaque cas, précisez sur quels supports ces procédures sont accessibles (internet, plateforme téléphonique ...).

GESTION DES PRESTATIONS

Nous vous demandons de nous préciser :

- Les accords de tiers-payant que vous êtes susceptibles d'offrir,
- Les procédures de suivi pour la délivrance du tiers payant hospitalisation,
- Les procédures des remboursements hors NOEMIE et tiers payant avec indication des délais.

Pour une meilleure maîtrise des dépenses, nous souhaitons connaître :

- Les procédures de devis pour chaque type d'acte et les contrôles effectués,
- Les réseaux de soins que vous êtes en mesure de proposer notamment pour les analyses, les prothèses dentaires et l'optique.

QUALITE DU SERVICE RENDU

Le service rendu à l'occasion de la mise en place du régime conventionnel doit s'apprécier autour des moyens mis en œuvre au profit des salariés des entreprises et de la branche. Dans ce cadre, nous demandons de nous apporter tous les éléments qui seraient susceptibles de nous éclairer sur les points suivants :

- Les moyens mis en œuvre au profit des salariés et des entreprises/
 - Plateforme téléphonique et internet,
 - Organisation du travail des téléconseillers,

- Implantation géographique du/ des centres de gestion,
- Charte de qualité.
- Les moyens mis en œuvre au profit de la branche :
 - Campagne d'informations auprès des entreprises et des salariés,
 - Description des étapes de développement concernant la mise en place du régime,
 - Supports matériels et humains pour favoriser le développement des adhésions,
 - Mise en place d'un plan d'action pour soutenir le développement du régime conventionnel.

INFORMATIONS

Pour favoriser la mise en place et le suivi du régime, nous attachons une importance particulière aux informations qui seront mises à disposition des différentes parties présentes. Dans ce cadre, nous vous demandons de nous en préciser la nature :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Pour les salariés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Livret d'accueil ▪ support de communication ▪ notices d'information ▪ autres (à préciser) | <ul style="list-style-type: none"> - Pour les entreprises <ul style="list-style-type: none"> ▪ guide de l'employeur ▪ support de communication ▪ émission des contrats ▪ autres (à préciser) |
|---|--|
-
- Pour la branche
 - Compte rendu du développement entrées/sorties du régime
 - Suivi du pilotage du régime
 - Tableau de bord de suivi de la qualité de gestion
 - Autres (à préciser)

GESTION TECHNIQUE ET FINANCIERE

Suivi du résultat

Quelles informations détaillées figurent dans les suivis de résultats établis ? Nous demandons que vous nous fournissiez des statistiques de consommation médicales et des analyses de leur évolution. Vous préciserez à quel moment ces statistiques et le suivi des résultats nous seront communiqués [mensuel, trimestriel...]

Nous vous demandons de bien vouloir décrire le compte de résultat mis en place en répondant particulièrement aux points suivants :

- Rubriques apparaissant dans le compte,
- Niveau de détail dans l'analyse des prestations,
- Niveau de détail dans l'analyse des populations couvertes,
- Règle d'estimation des prestations restant à régler sur une période,
- Règle d'utilisation des excédents,
- Sort des excédents en cas de résiliation,
- Exemples de compte de résultat.

Chargements et frais de toute nature

Détaillez les frais de toutes natures qui seraient appliqués sur le contrat :

CATEGORIE	TYPES DE FRAIS	MONTANTS OU TAUX
Frais sur cotisations en détaillant leurs structures	Assurance réassurance Gestion Promotion Autres	
Taxe		
autres		

Les prélèvements opérés sur les cotisations

Nous vous demandons de nous indiquer les taux de chargement décomposé selon les principales fonctions assumées en retenant comme assiette les cotisations nettes de taxes et de CMU.

Fonctions	Taux
Affiliation/cotisations	
Règlement des prestations	
Suivi et pilotage	
Inventaire technique	
Fonds sociaux	
Solvabilité	
Total général	

PRISE D'EFFET ET CESSATION DES PRESTATIONS

Nous vous demandons de nous préciser :

- Les conditions de prise d'effet des garanties,
- Les conséquences liées à une résiliation du régime conventionnel.

CONCLUSION

Dans un souci d'efficacité, nous vous demandons de répondre dans la plus grande rigueur et clarté sur chaque point évoqué en respectant les têtes de chapitre et le délai.

Dans l'hypothèse où vous souhaiteriez aborder d'autres points qui vous semblent importants, nous vous demandons de les évoquer dans un chapitre spécifique.