



**CONVENTIONS DE PARTICIPATION PROTECTION
SOCIALE COMPLEMENTAIRE RISQUES PREVOYANCE ET
SANTÉ**

VOS QUESTIONS / NOS REPONSES

Consultation n°2025I000S01009

| |
|--------------------------------|
| <p>DOCUMENT DE REPONSE N°8</p> |
|--------------------------------|

Question 1 :

Dans les conditions particulières, vous demandez la tarification d'une garantie optionnelle décès toutes causes dans le cas d'une transposition de l'accord collectif national du 11 juillet 2023. Pourriez-vous définir le montant des prestations demandées ?

Réponse 1 :

Le montant des prestations demandées est déterminé dans le tableau des garanties en page 4 des conditions particulières (capital de 20K€ brut).

Question 2 :

Les garanties demandées dans le présent marché sont-elles identiques à celles en cours avec le titulaire MGEN ? Au cas échéant, nous vous saurions gré de bien vouloir :

- nous indiquer le % d'adhésion sur chaque niveau (N1, N2 et N3),
- nous transmettre les tarifs 2025 du marché en cours.

Réponse 2 :

Nous rajoutons au DCE la plaquette de présentation des garanties avec les montants de cotisations 2025. La Région propose actuellement un niveau unique de garanties, et non trois.

Question 3 :

Si les garanties demandées ne sont pas les mêmes que celles en cours, pouvez-vous nous indiquer si une étude a été réalisée par la Région Nouvelle Aquitaine sur le nombre potentiel d'adhérents attendus sur chaque niveau ?

Réponse 3 :

Un questionnaire a été envoyé aux agents de la Région afin d'affiner l'expression des besoins, sans disposer d'éléments sur le potentiel attendu par niveau.

Question 4 :

Il est indiqué à la page 4, article 4 du document « S02_CPR SANTE REG NAQ 2025- 03-20 » que « Par extension, sont garantis les agents, ainsi que leurs ayants-droits, domiciliés en Belgique en complément du régime de base applicable ».

Avez-vous une estimation du nombre d'agents concernés en 2022, 2023 et 2024 (et éventuellement en 2025). Ou s'agit-il d'une mention qui figure dans le document par erreur ?

Réponse 4 :

- 1er janvier 2022 : 7 agents concernés
 - 1er janvier 2023 : 7 agents concernés
 - 1er janvier 2024 : 7 agents concernés
- Et à titre de complément d'information :
- 1er janvier 2025 : 7 agents concernés

Question 5 :

En complément des éléments caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population à assurer pour le lot Santé, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir :

- le compte de résultat solidaire des transferts intergénérationnels avec le degré de solidarité pour chaque année de 2020 à 2024,
- le compte de résultat solidaire des transferts familiaux avec le degré de solidarité pour chaque année de 2020 à 2024.

Réponse 5 :

Nous ne disposons pas de ces informations.

Question 6 :

Pouvez-vous nous communiquer les comptes santé 2024 ainsi que les tarifs en vigueur en 2025 ?

Réponse 6 :

Nous ne disposons pas du rapport annuel sur les comptes de l'exercice 2024.

Les tarifs en vigueur sont ceux inclus dans la brochure version 2025 ajoutée au DCE.

Question 7 :

CSP : Article 4.5 Définition des garanties

Concernant le tarif d'autorité, pouvez-vous me confirmer que si le tarif de convention de la SS est le tarif d'autorité alors le remboursement de l'assureur l'est également ; dans le cas contraire, le contrat n'étant pas responsable. (INSTRUCTION N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).

Réponse 7 :

Oui.

Question 8 :

CPR : Garanties

- Pouvez-vous fournir le tableau de garanties en format Excel svp ?
- Pouvez-vous confirmer quelles médecines douces sont à prendre en charge ?
- Forfait accompagnant enfant : est-ce par enfant également donc doublé si deux enfants etc... ? Est-ce limité à 60j par an ou par séjour ?
- Soins thermaux : doivent-ils impérativement être effectués en cure dans un milieu hospitalier pour donner suite à une prise en charge ?
- Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques : quelle est la liste des autres suppléments optiques ?
- Pharmacie homéopathique (par an) : une prescription est-elle nécessaire ?

Réponse 8 :

- Tableau de garanties en format Excel : vous trouverez sur le profil acheteur le fichier Excel. Nous attirons votre attention que seul le tableau des garanties inscrit aux conditions particulières fait foi.
- Médecines douces : celles-ci sont inscrites aux conventions spéciales.
- Forfait accompagnant enfant : par enfants, limité à 60j par séjour.
- Soins thermaux : effectués en cure dans un milieu hospitalier pour donner suite à une prise en charge.
- Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques : quelle est la liste des autres suppléments optiques : ceux remboursés par l'Assurance maladie.
- Pharmacie homéopathique (par an) : une prescription est nécessaire.

Question 9 :

Confirmez-vous que toute modification de niveau de garantie ne peut intervenir qu'une fois pendant la durée du contrat et modifiée (à la hausse comme à la baisse), uniquement après une année d'adhésion, avec prise d'effet le 1er jour du mois sous réserve que la demande ait été formulée 2 mois à l'avance ?

Réponse 9 :

Oui.

Question 10 :

S02B_CPR_SANTE_REG_NAQ_Annexe_2_2025-03-19 : Dans « Personnes protégées », les conjoints des retraités, confirmez-vous qu'ils doivent être renseignés sur la ligne « dont retraités » ?

Réponse 10 :

Oui.

Question 11 :

S02B_CPR_SANTE_REG_NAQ_Annexe_2_2025-03-19 : Dans « Personnes protégées », les enfants des retraités, confirmez-vous qu'ils doivent être renseignés sur la ligne « dont enfants » ?

Par extension, sont garantis les agents, ainsi que leurs ayants-droits, domiciliés en Belgique en complément du régime de base applicable ». De Quel régime s'agit-il ?

Réponse 11 :

Les enfants des retraités sont à renseigner sur la ligne dont enfants.
Concernant le régime de base, il peut s'agir soit du régime de base français (Assurance maladie), soit du régime local.

Question 12 :

Le coefficient de majoration peut-il faire l'objet d'une réserve ?

Réponse 12 :

Nous comprenons que le coefficient de majoration évoqué par cette question est celui inscrit à l'article 28.2 du décret n°2011-1474. S'il s'agit de ce dispositif, alors le coefficient ne peut faire l'objet de réserve en raison de son caractère réglementaire.

Question 13 :

Pouvez-vous détailler les modalités de gestion du coefficient de majoration SVP ?

Réponse 13 :

Il revient aux opérateurs économiques de détailler les modalités de gestion du coefficient de majoration.

Question 14 :

Les retraités seront-ils à reprendre ? Si oui, auront-ils le choix du niveau de garanties ?

Réponse 14 :

Le dispositif à mettre en place implique que les retraités (stock et flux) sont éligibles au dispositif pour les trois niveaux.

Question 15 :

Pourriez-vous communiquer la composition familiale des agents bénéficiaires de la participation ?

Réponse 15 :

La composition familiale des agents bénéficiaires est ajoutée au dossier.

Question 16 :

Merci de détailler :

- les modalités de paiement des cotisations ?
- les modalités de versement de la participation ?

Réponse 16 :

Les cotisations sont précomptées sur les bulletins de paie des agents, avec reversement par le Souscripteur à M+1 (terme échu). La participation est enregistrée par le Souscripteur sur le bulletin de paie.

Question 17 :

Pouvez-vous nous fournir le compte 2024 santé ?

Réponse 17 :

Nous ne disposons pas encore du rapport annuel sur les comptes de l'exercice 2024.

Question 18 :

Pour le lot santé :

- Les remboursements praticiens non adhérents DPTAM identiques aux praticiens DPTAM dans le niveau 3 rendent le contrat non responsable. Pouvez-vous corriger le tableau de garantie ? Doit-on alors prendre 180% (au lieu de 200%) pour les praticiens non DPTAM ?

Les 4 lignes impactées sont :

* Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM

* Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM

* Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM

* Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM

Réponse 18 :

Nous vous remercions de votre question et corrigeons les quatre coquilles avec une mise à jour des conditions particulières.

Question 19 :

Pourriez-vous SVP publier le tableau des garanties en vigueur en 2023 et/ou nous informer d'éventuelles évolutions de garanties entre 2023 et 2024 ?

Réponse 19 :

Vous trouverez le tableau des garanties en vigueur en 2023 annexé au DCE.

Question 20 :

Pouvez-vous SVP nous communiquer le % d'adhésion sur la garantie en place aujourd'hui (2025) ?

Réponse 20 :

Santé : 56%

Prévoyance : 55%

Question 21 :

TABEAU DE GARANTIE SANTE > Il n'est pas fait mention de la limite à 1 équipement optique tous les 2 ans ? Est-ce un oubli ?

Réponse 21 :

Il est bien fait mention de la période de deux ans en page 5 des conventions spéciales.

Question 22 :

Dans le tableau de garantie en soins courants et Hospitalisation Niveau 3 les honoraires DPTAM sont à 200% et les non DPTAM sont aussi à 200% = > Non responsable ? Est-ce une erreur ?

Réponse 22 :

Nous vous remercions de votre question et corrigeons les quatre coquilles avec une mise à jour des conditions particulières (lien avec la question 18).

Question 23 :

Merci de préciser LA LIMITE en nombre de prothèses pour le poste PROTHESES DENTAIRES NR

Réponse 23 :

Pas de limitation.

Question 24 :

Lot 1 : Prévoyance

Concernant la Maladie Ordinaire (MO), la Longue maladie (LM), la grave maladie (GM) et la disponibilité d'office :

- La demande du maintien du Régime Indemnitaire (RI) des garanties ci-dessus est-elle demandée à compter du demi-traitement ?
- Pour la DO, une franchise est-elle à appliquer pour le RI ?
- Si un maintien du RI est demandé en plein traitement, quel est le montant demandé pour la prise en charge assureur ? La demande est-elle au 1er jour ou une franchise est à appliquer ? Si oui quelle franchise par garantie ?
- Pour le RI à 90% à compter du demi-traitement, quelle est la part de la participation employeur et la part demandée de prise en charge par l'organisme assureur ? (Tableau à compléter)

| | Demi traitement | | |
|------------------------|--|---|---------------------------------------|
| | Maintien du Régime Indemnitaire pris en charge par l'employeur | Maintien du Régime Indemnitaire pris en charge par l'assureur | Total maintien du Régime Indemnitaire |
| Maladie ordinaire | | | 90% du revenu net |
| Longue maladie | | | 90% du revenu net |
| Longue durée | | | 90% du revenu net |
| Disponibilité d'office | | | 90% du revenu net |

Réponse 24 :

Comme indiqué aux conditions particulières, la Région maintien le RI selon les mêmes proportions que le traitement en cas de passage à demi-traitement. Dès lors :

- La garantie incapacité est bien acquise à compter du passage à demi-traitement ou du versement des IJ comme indiqué dans le tableau des garanties des CP,
- La DO ne fait pas l'objet de franchise car il s'agit d'une suite d'un congé pour raison de santé,
- Le tableau des garanties ne prévoit pas d'extension de la garantie du RI en périodes de plein traitement,
- Le RI est bien couvert à 90% comme indiqué dans le tableau des garanties des CP, l'assiette des cotisations étant également définies dans ces mêmes CP.

Question 25 :

Concernant le LOT 2 (SANTE), les agents bénéficiaires du contrat RETRAITE actuel auront-ils le choix de maintenir leur garantie sur le contrat MGEN au 01/01/2026 ?

Réponse 25 :

Le contrat actuel a un terme fixé au 31 décembre 2025. Il en est de même de toutes les adhésions à ce contrat, y compris celles des retraités.

Question 26 :

Concernant le LOT 2, doc. C03_DTE RES Région Nouvelle AQUITAINE id12_RELU, qu'entendez-vous par "Droit Direct" et "Droit dérivé" ?

Réponse 26 :

Quand un retraité de droit direct décède, son conjoint (ou ex-conjoint) peut dans certains cas obtenir un droit dérivé. Le droit dérivé correspond à une partie du droit direct dont bénéficiait (ou aurait pu bénéficier) l'assuré décédé au régime de base.

Question 27 :

Concernant le lot 1 "PREVOYANCE" : Souhaitez-vous la prise en charge des rechutes ? Si oui, merci de nous adresser la liste des arrêts en cours.

Réponse 27 :

La réponse est indiquée avec précision à la page 10 des conventions spéciales (pavé « Pathologies et situations antérieures à l'adhésion de l'Assuré »).

Question 28 :

LOT2 (SANTE) > Les agents disposent-ils actuellement d'un Fonds Social et Solidaire ? Si oui, pouvez-vous nous en définir les modalités de gestion ? Quelle est l'instance qui préside à l'éligibilité des dossiers ?

Réponse 28 :

Nous comprenons que votre question porte sur la mise en place d'un fonds social par l'Assureur actuel, et non par la Région. Dans ce cas, nous ne disposons pas d'information.

Question 29 :

LOT 2 SANTE > concernant la participation employeur, sauf erreur il n'est pas fait mention de la participation 2026 pour les ayants-droit (conjoint, 1er enfant, 2ème enfant). Pourriez-vous nous la communiquer SVP ?

Réponse 29 :

[Les montants de participation 2026 seront fixés par la collectivité courant 2025.](#)

Question 30 :

La CSP précise que « La période de 30 jours n'est pas applicable pour les agents en situation de CLM, de CLD ou de congé de grave maladie fractionnée ». Faut-il comprendre que les agents en CLM, CLD ou CGM peuvent adhérer sans condition de reprise ?

Réponse 30 :

[Oui.](#)

Question 31 :

Pour le contrat Santé, nous souhaiterions connaître : - Age moyen et % de femmes des adhérents actifs en santé - Nombre de retraités adhérents.

Réponse 31 :

[Vous trouverez les éléments de réponse dans le fichier « CRNA_Retraités_Age_moyen_Femmes.xlsx »](#)

Question 32 :

LOT 1 – PREVOYANCE La mention « sans assiette » signifie-t-elle que l'agent en arrêt percevant ses IJ directement depuis la Sécurité Sociale est dispensé du paiement de cotisations ?

Réponse 32 :

[Oui.](#)

Question 33 :

LOT 1 – PREVOYANCE Art 4 conditions particulières page 6 (cf. tableau) : nous nous interrogeons sur la mention « indemnités journalières » pour l'agent en arrêt de travail sans traitement avec versement d'IJ subrogées car l'employeur territorial n'est pas subrogé. Le paiement d'une cotisation sur la base des IJ Sécurité Sociale ne concerne-t-il que l'employeur ?

Réponse 33 :

[Oui, si les IJ sont subrogées, alors il est fait application du précompte.](#)

Question 34 :

LOT 1 – PREVOYANCE Art 1 conventions spéciales pages 2/3 : Merci de nous préciser ce qui est entendu par « les événements consécutifs à un accident ne sont pas soumis au délai de stage ». Cela s'appliquerait aux garanties incapacité et invalidité ? En principe c'est plutôt pour le décès.

Réponse 34 :

Il s'agit bien du décès et des événements liés à un arrêt de travail suite à un accident (et non une maladie).

Question 35 :

LOT 1 – PREVOYANCE Art. 3.1 du document « Conventions spéciales page 6 » Merci de nous préciser ce qu'il faut entendre par « Ce que l'assuré aurait perçu s'il n'avait pas été en arrêt de travail » pour chaque catégorie d'agent ?

Réponse 35 :

L'indemnisation de l'assureur doit correspondre à ce que l'agent aurait perçu à la date de cet arrêt.

Question 36 :

LOT 2 (SANTE) > Dentaire / honoraires soins : cette prestation concerne quel professionnel ? dentiste et stomatologue ou que dentiste? Honoraires et soins = consultations, actes médicaux, actes d'imagerie et actes de chirurgie ?

Réponse 36 :

Les soins dentaires sont définis à l'article 8 des conventions spéciales.

Question 37 :

Merci de nous indiquer le % d'agents inscrits ayant opté pour le maintien du contrat santé lors de leur départ en retraite.

Réponse 37 :

- 223 agents retraités ont opté pour le maintien du contrat
 - 4786 d'agents actifs en contrat Santé
- Le rapport est de 4.65%

Question 38 :

Pour la garantie invalidité, le CSP indique « le service de la rente prend fin à effet soit de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré ». Suite à la réforme des retraites, l'âge légal de départ à la retraite augmente progressivement pour passer de 62 ans à 64 ans. Pour les salariés relevant de la sécurité sociale, l'article L351- 1-5 du code de la SS prévoit un maintien de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans en cas d'invalidité. La liquidation des

droits à la retraite s'effectuera donc au 62ème anniversaire pour les salariés en invalidité. Pour les agents CNRACL de la FPT, qui sont mis en retraite pour invalidité, la garantie demandée suit elle les mêmes dispositions ou bien le versement de la rente invalidité sera maintenue jusqu'au plus tard le 64ème anniversaire des agents suivant leur date de naissance ?

Réponse 38 :

Nous vous confirmons le texte des conventions spéciales, à savoir que le service (paiement) de la rente invalidité cesse à compter non d'un âge limite, mais bien de la perception de la première rente de retraite versée par le régime de base de l'agent.

Question 39 :

Pour la garantie Indemnités journalières, le CSP indique « le service des indemnités journalières prend fin à effet soit de la date d'entrée en jouissance de la pension de retraite servie par le régime de base de l'assuré ». Suite à la réforme des retraites, l'âge légal de départ à la retraite augmente progressivement pour passer de 62 ans à 64 ans. Ne souhaitez-vous pas que le terme du service des prestations soit au plus tard au jour de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à taux plein soit 67ème anniversaire ? Les agents devant travailler au-delà de 64 ans pour avoir tous ses trimestres seront ainsi couverts.

Réponse 39 :

Nous vous confirmons le texte des conventions spéciales, à savoir que le service (paiement) des IJ cesse à compter non d'un âge limite, mais bien de la perception de la première rente de retraite versée par le régime de base de l'agent lorsque l'arrêt de travail survient à une date proche du départ en retraite.

Question 40 :

LOT2(SANTE) Dans le CPR SANTE Annexe 2, PREVISIONNEL D'ADHESION, l'hypothèse 2 (adhésion partielle) ne fait pas mention des ayants-droits. Est-ce normal ?

Réponse 40 :

Nous vous confirmons notre besoin de connaître uniquement les adhérents actifs agents de la Région.