



# Protection sociale complémentaire

LA SANTÉ

---



[WWW.CDG81.FR](http://WWW.CDG81.FR)

# Sommaire

- 1 Introduction
- 2 Réglementation
- 3 La convention de participation du CDG
- 4 Le parcours d'adhésion
- 5 Le déploiement
- 6 F.A.Q. et supports





# 1 Introduction

# La complémentaire santé : Kezako ?



Elle permet de **compléter en totalité ou partiellement le remboursement de l'Assurance maladie** (Sécurité sociale). Elle rembourse alors les frais restant à charge en fonction du contrat choisi. Certains contrats permettent un remboursement des prestations non prises en charge par la Sécurité sociale (par exemple l'ostéopathie ou certains vaccins).



**MEDICINE**



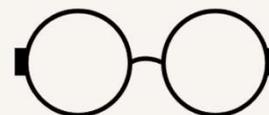
**HOSPITALISATION**



**MÉDICAMENTS**



**SOINS DENTAIRES**



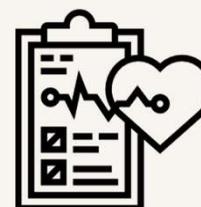
**OPTIQUE**



**AUDITIFS**



**DISPOSITIFS  
MÉDICAUX**



**ANALYSE MÉDICALE**



**MÉDECINE DOUCE**

# Pourquoi souscrire une mutuelle ?



## DES GARANTIES DE BASE

Elles permettent une prise en charge complémentaire des prestations proposées par l'Assurance Maladie (Consultations et soins médicaux, hospitalisation, médicaments etc.)



## DES GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

Des remboursements supplémentaires peuvent être proposés concernant des prestations non prises en charges par l'Assurance Maladie (Pose d'un implant, chirurgie de l'oeil, homéopathie etc.)

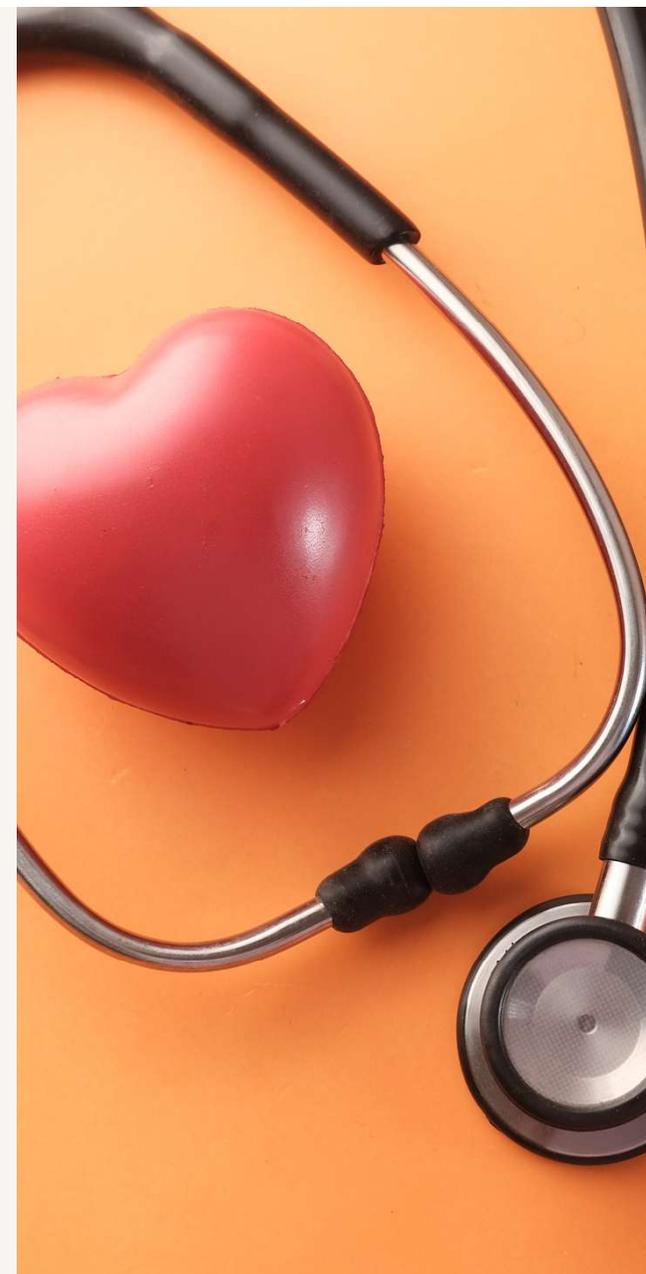
## LE 100% SANTÉ

C'est la possibilité de bénéficier d'un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, pris en charge à 100% grâce à une complémentaire responsable.



## DES SERVICES ANNEXES

Ils peuvent intervenir lors de situations du quotidien ou de vulnérabilité (transfert à l'hôpital, aide à domicile, prise en charge garde pour enfants ou même animal domestique)



# Le mécanisme de la mutuelle



LA BASE DE  
REMBOURSEMENT DE  
LA SÉCURITÉ SOCIALE  
(BRSS)



LE POURCENTAGE DE  
REMBOURSEMENT



LA PARTICIPATION  
FORFAITAIRE



LE TICKET  
MODÉRATEUR

## CONSULTATION MÉDECIN GÉNÉRALISTE



BRSS  
30 €



**LA BRSS N'EST PAS FORCÉMENT LE PRIX PRATIQUÉ ! ATTENTION AUX DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES !**

La **BRSS** (aussi appelée tarif conventionnel) est le **prix de référence** établi par l'Assurance maladie (prix qu'elle estime juste) pour chacune des prestations de santé qu'elle prend en **charge** qu'il s'agisse d'actes, de consultations chez un médecin ou d'équipements médicaux.

L'assurance maladie fixe un **pourcentage de remboursement du BRSS**.  
Pour une consultation chez un généraliste, le pourcentage est de 70%.

70 %  
SOIT 19 €

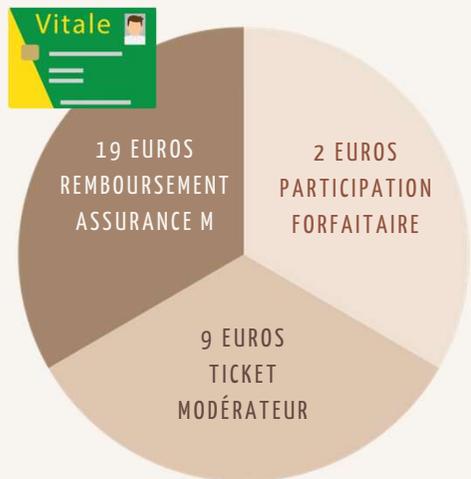
Une **participation forfaitaire de 2 € est demandée** (déduit du remboursement) à charge du patient.

2 €

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à charge une fois que l'AM a remboursé sa part. Il concrétise la participation de chacun à l'équilibre du régime. Il **peut être pris en charge par une mutuelle**.

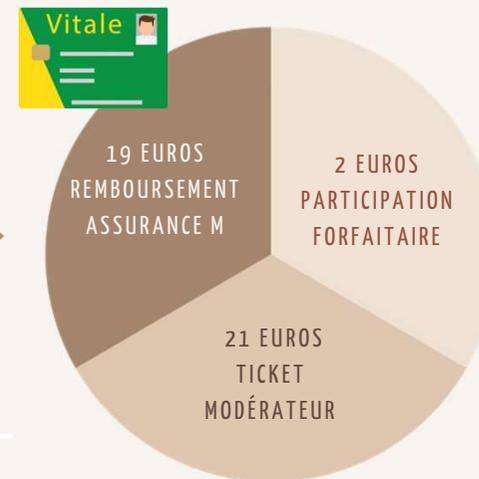
RESTE À  
CHARGE  
9 €

CONSULTATION D'UN MÉDECIN PRATIQUANT  
LE PRIX CONVENTIONNÉ (BRSS): 30€



Le prix diffère  
mais la  
prestation est  
identique : la  
BRSS est donc  
identique

CONSULTATION D'UN MÉDECIN PRATIQUANT  
DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : 42€



100% du BRSS = 30E  
Ma mutuelle me rembourse 9 euros  
Mon reste à charge : 0 + PF

JE SUIS ASSURÉ 100% BRSS EN  
CONSULTATION PAR MA MUTUELLE

100% du BRSS = 30E  
Ma mutuelle me rembourse 9 E  
Mon reste à charge : 12 E + PF

JE SUIS ASSURÉ 150% BRSS EN  
CONSULTATION PAR MA MUTUELLE

150% du BRSS = 45E  
Ma mutuelle me rembourse 21 E  
Mon reste à charge : 0 E + PF



## 2 La réglementation

## LA CONVENTION DE PARTICIPATION

Procédure de mise en concurrence des compagnies d'assurance au travers d'un appel d'offres public encadré et prenant appui sur un cahier des charges strict

Respect des conditions légales de mise en œuvre et sécurisation juridique

Sélection d'un seul opérateur/partenaire pour un contrat unique de protection sociale pour une durée de 6 ans

## Le cadre légal

Au 1er janvier 2026, l'employeur territorial aura l'**obligation de proposer une solution assurantielle en matière de santé** à ses agents et de participer financièrement à la cotisation de ces derniers.

**L'adhésion de l'agent reste facultative.**

Deux possibilités uniquement :

- Une convention de participation
- Des contrats individuels labellisés

**Un contrat-groupe ne saurait être retenu à ce titre.**



## LE CONTRAT INDIVIDUEL LABELLISÉ

Mise à disposition de l'agent, par la collectivité, d'une liste d'assureurs proposant des contrats labellisés

Sélection par l'agent lui-même du contrat désiré selon les critères qui lui appartiennent

Justification, auprès de l'employeur, de l'adhésion au dit contrat par un certificat d'adhésion

**RETROUVER LA LISTE DES CONTRATS LABELLISÉ EN BAS DE LA PAGE INTERNET [ICI](#)**

# L'article L911-7 du code de la sécurité sociale - II

LA COUVERTURE MINIMALE COMPREND LA PRISE EN CHARGE TOTALE OU PARTIELLE DES DÉPENSES SUIVANTES



1°

La participation de l'assuré aux **tarifs servant de base au calcul des prestations des organismes de sécurité sociale**, prévue au I de l'article L160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires.

2°

Le **forfait journalier hospitalier** prévu à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale

3°

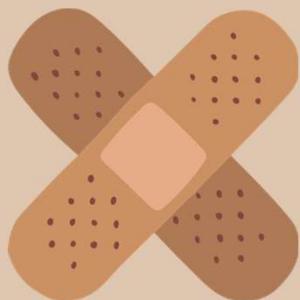
Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les **soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

**UN DÉCRET DÉTERMINE LE NIVEAU DE PRISE EN CHARGE DE CES DÉPENSES AINSI QUE LA LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX**

# Le panier de soin

[DÉCRET N° 2014-1025](#)  
[DU 08 SEPTEMBRE 2014](#)

Il complète le dispositif avec le contenu du panier de soin et les maxima et minima du niveau de garantie



Couverture du **ticket modérateur dans son intégralité** à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'AM obligatoire

**Prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier hospitalier**, ce qui correspond aux frais d'hébergement d'un séjour (comprenant chambre et repas)

Prise en charge à hauteur de **125% minimum des tarifs de la Sécurité Sociale pour les frais dentaires prothétiques et d'orthodontie**

La **prise en charge forfaitaire** pour une période de deux ans pour les **lunettes** :

- 100 E minimum pour les corrections simples
- 150 E minimum pour une correction mixte simple et complexe
- 200 E minimum pour les corrections complexes



TICKET  
MODÉRATEUR



FORFAIT  
JOURNALIER  
HOSPITALIER



DENTAIRE



OPTIQUE



# Le dispositif 100% Santé

Aussi appelé “**reste à charge rézo**”, il peut offrir, sous conditions, une prise en charge intégrale des soins dentaires, optiques et auditifs.

Pour en bénéficier, il faut souscrire à une **mutuelle santé responsable (95% des cas)**.

## POUR LES YEUX



Muni de votre ordonnance, vous pouvez demander à l'opticien son offre 100% Santé. Il doit alors vous proposer au moins 17 montures différentes (10 pour les enfants). Tous ces modèles sont présentés dans deux couleurs.

Pour les verres, ils doivent répondre à tous les besoins de correction, avec le traitement anti-reflets ou anti-rayures.

## POUR LES DENTS



Des prothèses dentaires sont également prises en charge à 100%. Elles sont proposées dans différents matériaux, selon la localisation dans la bouche.

Pour les dents les plus visibles (incisives, canines et prémolaires) elles sont proposées en céramique, zircone. A savoir que les couronnes métalliques sont prises en charge à 100%.

## POUR LES OREILLES



Les assurés choisissant les appareils inclus dans le dispositif du « 100 % santé » sont entièrement remboursés.

Pour bénéficier du remboursement d'un appareillage sur mesure, il faut présenter une ordonnance à un audioprothésiste. Ce dernier doit établir et proposer un devis comportant au moins une offre « 100 % santé » pour chaque oreille.

# 3 La convention de participation

## CDG/COLLECTEAM

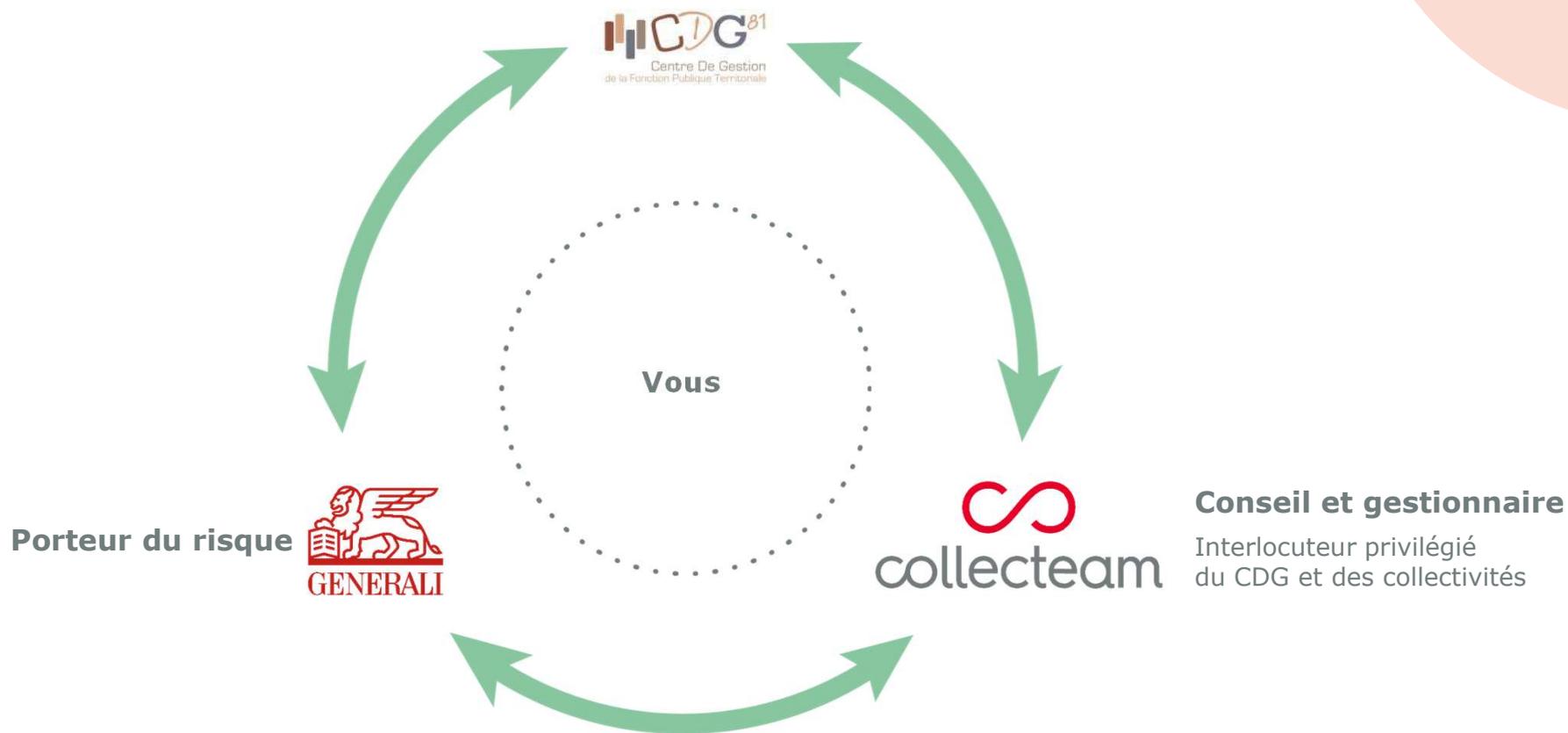


### L'engagement de Collecteam :

*“Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 impose que les régimes sociaux complémentaires proposés aux agents de la fonction publique territoriale intègrent des moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.*

*C'est pourquoi, nous mettons en œuvre dès l'adhésion des conditions d'admission très souples et non discriminantes, associées à une campagne de communication adaptée à tous les publics, notamment à travers des actions de prévention et un accompagnement fort de nos adhérents, pendant toute la durée de la convention.”*

## LES MEMBRES DU GROUPEMENT – RISQUE SANTE



# Conditions d'adhésion souples et non discriminantes



ADHÉSION OUVERTE À TOUS  
LES AGENTS ET AYANTS-  
DROITS (CONJOINT, ENFANTS)



PAS DE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ À  
L'ADHÉSION, NI PENDANT TOUTE LA  
DURÉE DU CONTRAT



PAS DE LIMITE D'ÂGE À  
L'ADHÉSION



PAS DE DÉLAI DE  
CARENCE



UNE TARIFICATION  
COLLECTIVE

**Aucune exclusion d'adhésion** : quel que soit son statut (stagiaire, titulaire, contractuel, etc. ), son âge, son sexe, son ancienneté, son état de santé, tout agent a droit aux mêmes garanties et bénéficie du même taux de cotisation

# La mutuelle et la retraite

AU 01 JANVIER 2026  
A L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU CONTRAT

L'agent qui part à la retraite  
peut conserver son contrat

L'agent actuellement retraité  
ne pourra pas souscrire



Application immédiate des  
tarifs afférents



## GARANTIES ACTES COURANTS

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>ACTES COURANTS</b>				
Honoraires médicaux	Consultations / visites généralistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites généralistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Consultations / visites spécialistes OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux OPTAM	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Petite chirurgie et actes techniques médicaux NON OPTAM	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses médicales en laboratoire / examens		100 % BR	125 % BR	150 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la SS "Mon psy", après consultation d'un médecin)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (produits inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL) - Par an et par bénéficiaire		-	100 €	150 €
Médicaments remboursés		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical	Petit appareillage y compris prothèses externes	100 % BR	150 % BR	200 % BR
	Grand appareillage	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

## GARANTIES HOSPITALISATION

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<i>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)</i>			
Soins et frais de séjour hospitaliers	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière (hors psychiatrie) - Par nuit et par bénéficiaire	-	60 €	90 €
Chambre ambulatoire (par jour)	-	30 €	60 €
Frais d'accompagnement (enfant – 16 ans et personne âgée de plus de 70 ans) Forfait par jour	-	25 €	55 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

## GARANTIES OPTIQUE

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES (garanties exprimées ici sous déduction des remboursements de la sécurité sociale)			
> Monture	40 €	90 €	100 €
> Verre simple - Forfait par verre	30 €	70 €	100 €
> Verre complexe- Forfait par verre	80 €	120 €	220 €
> Verre très complexe - Forfait par verre	80 €	170 €	260 €
Périodicité (monture et verres)	<b>1 fois tous les 2 ans</b> par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge*		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait par an et par bénéficiaire), au delà remboursement à hauteur du panier de soins	100 % BR	150 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (par an)	-	150 €	250 €
Chirurgie réfractive (par œil)	-	200 €	400 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

# GARANTIES DENTAIRE

GARANTIES		PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
DENTAIRE <sup>(2)</sup>				
<b>Panier de soins « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF</b>		<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>
<b>Prestations remboursées par l'assurance maladie</b>		<b>Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 2500 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins</b>	<b>Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3000 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins</b>	<b>Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3200 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins</b>
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAITRISES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES	Prothèses	125 % BR	325 % BR	450 % BR
	Inlays-Core	125 % BR	200 % BR	350 % BR
	Inlays-Onlays et Overlays	125 % BR	200 % BR	350 % BR
Soins hors "100 % Santé"***		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale - par an		-	300 €	550 €
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale fixes transitoires - par an		-	300 €	550 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		125 % BR	250 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - <i>Forfait par an et par bénéficiaire</i>		-	500 €	800 €
Parodontologie non remboursée - par an		-	250 €	350 €
Implantologie ( <i>par an</i> )		-	500 €	900 €

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

(2) Pour les frais dentaires « NPC », les garanties pourront être ré-exprimées forfaitairement de manière équivalente en fonction de la CCAM dentaire entrée en vigueur.

## GARANTIES AUDIOLOGIE

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>AUDIOLOGIE</b>	-	-	-
<b>Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>	<b>100 % FR</b>
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) + de 20 ans	100 % BR	650 €	1000 €
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) - de 20ans	100 % BR	650 €	750 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)	1 fois tous les 4 ans par bénéficiaire		
Piles pour prothèses auditives	100 % BR	100% BR	100% BR

Sp  
santé



(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

## GARANTIES AUTRES

GARANTIES	PRESTATIONS <sup>(1)</sup>		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
Cure thermale : Honoraires et frais de séjour (par an et par bénéficiaire) <sup>(3)</sup>	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €
Médecine non conventionnelle (Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, homéopathe, microkinésithérapie, étio-pathie, diététicien, psychologue hors dispositif "mon psy", psychomotricien, ergothérapeute, pédicure-podologue, naturopathe, sophrologue, reconstruction posturale méthode Mézières, kynésiologue, hypnose) (par an et par bénéficiaire) <sup>(4)</sup>	-	100 €	200 €
Vaccins refusés (par an et par bénéficiaire)	-	20 €	40 €
Densitométrie osseuse	-	30 €	50 €
Garantie d'assistance	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation y compris le soir et le week-end	OUI	OUI	OUI
Vaccin anti-grippe	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Sevrage tabagique - Forfait par an et par bénéficiaire	-	40 €	80 €
Soins à l'étranger remboursés (soins ambulatoires et hospitalisation)	OUI	OUI	OUI

(1) Les prestations sont exprimées en fonction de la base de remboursement et incluent le montant remboursé de la Sécurité sociale.

(3) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.

(4) Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.

# Tarifs

<b>Actifs</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime 2</b>	<b>Régime 3</b>
Isolé	39.50	75	100
Duo	73	138	185
Famille	105	195	265

<b>Retraités</b>	<b>Régime de base</b>	<b>Régime 2</b>	<b>Régime 3</b>
Isolé	69.13	131.26	175.01
Duo	138.25	262.50	350
Famille	177.75	337.50	450

ISOLÉ — Une personne seule

DUO — Couple OU Parent + 1 enfant

FAMILLE — Couple avec 1 ou plusieurs enfants OU 1 parent avec deux enfants au moins



## COTISATIONS MENSUELLES COMPLEMENTAIRE SANTE

### RESTE A CHARGE AGENT : EXEMPLE D'UNE PARTICIPATION À **15 €** (MINIMUM RÉGLEMENTAIRE)

	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>Isolé</b>	<b>24,50 €</b>	60 €	85 €
<b>Duo</b>	<b>58 €</b>	123 €	170 €
<b>Famille</b>	<b>90 €</b>	180 €	250 €

### RESTE A CHARGE AGENT : EXEMPLE D'UNE PARTICIPATION À **25 €** (MOYENNE NATIONALE DE PARTICIPATION EMPLOYEURS TERRITORIAUX)

	Régime de base	Régime 2	Régime 3
<b>Isolé</b>	<b>14,50 €</b>	50 €	75 €
<b>Duo</b>	<b>48 €</b>	113 €	160 €
<b>Famille</b>	<b>80 €</b>	170 €	240 €



**LES SERVICES EN +**



# Le tiers Payant



## UNE TRÈS LARGE COUVERTURE DU TIERS PAYANT

Sur présentation de la carte tiers payant, les soins médicaux font l'objet d'un règlement direct auprès des professionnels de santé, sans avance de frais pour les assurés auprès de plus de 200 000 professionnels de santé.



Avec la généralisation du tiers payant, SP santé couvre :



Sur simple demande (téléphone, courriel, fax), nous garantissons le tiers payant avec un **établissement public ou privé** :

- en cas d'**hospitalisation**,
- pour les **soins externes** (consultations et actes).

Les assurés peuvent **rechercher par internet, les professionnels de santé** acceptant le tiers payant et situés à proximité, grâce à la géolocalisation.

# Réactivité et délais



**NOTRE RÉACTIVITÉ  
AU SERVICE DES AGENTS  
DU CDG 81**

---

## Délais de traitement des adhésions



Enregistrement  
des adhésions  
**immédiat  
à 5 jours**



Edition des cartes  
de tiers-payant  
**quotidienne**



Traitement des  
radiations  
**immédiat  
à 48 heures**

## Délai de traitement des prestations frais de santé



Remboursements  
télétransmis  
**en temps réel**



Traitement  
manuel des  
factures  
**48 heures**



Devis dentaires  
ou optiques  
**48 heures**



Prises en charge  
hospitalières  
**à réception**



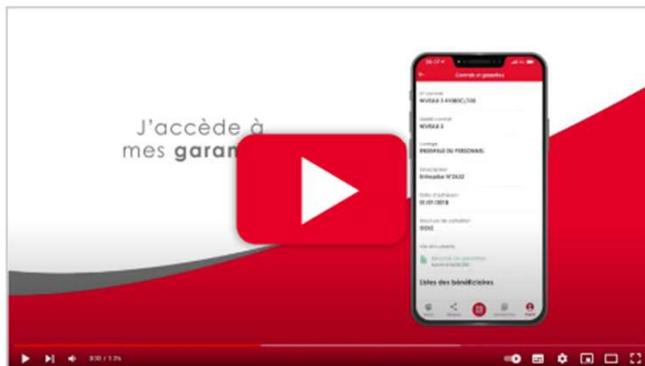
Traitement des  
courriers  
**3 jours**

# Application et services



## VOS ESPACES EN LIGNE

Les applications développées par Collecteam permettent aux collectivités et à leurs agents d'accéder 24 heures sur 24 à leurs dossiers respectifs et de traiter en ligne un certain nombre d'opérations.



### Espace employeur

- Procéder à l'affiliation d'un nouvel embauché
- Gérer les modifications d'adhésion : radiation, déclaration de portabilité etc.
- Disponibilité de la fiche de paramétrage DSN
- Visualiser le pourcentage de personnes bénéficiant de la télétransmission
- Contacter nos gestionnaires pour toute question



### Espace assuré

- Visualiser les derniers remboursements,
- Accéder aux garanties du contrat,
- Vérifier et modifier ses coordonnées,
- Visualiser la liste des bénéficiaires,
- Mise à disposition de la carte de tiers-payant en version numérique,
- Envoi des factures par photo.

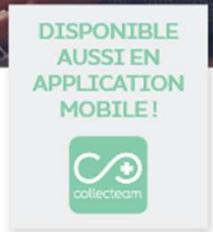


### Application mobile

Une application mobile gratuite vous permettant de gagner du temps : retrouvez vos remboursements, vos bénéficiaires et faites vos demandes de devis.



Retrouvez vos codes d'accès sur le document accompagnant votre carte de tiers-payant  
Connectez-vous sur : [www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)



**VOS REMBOURSEMENTS SANTÉ**

- > Visualisez vos remboursements en temps réel
- > Découvrez la répartition de vos dépenses santé

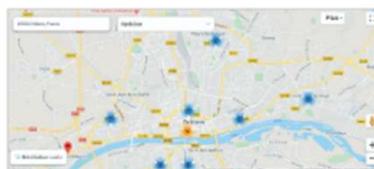


**VOS CONTRATS**

- > Accédez à votre résumé de garanties frais de santé
- > Consultez la liste des bénéficiaires de votre couverture santé



Contract	Contract ID	Contract Type	Contract Start Date	Contract End Date	Contract Status
Contract 1	123456789	Contract Type	2023-01-01	2023-12-31	Active
Contract 2	987654321	Contract Type	2023-01-01	2023-12-31	Active
Contract 3	567890123	Contract Type	2023-01-01	2023-12-31	Active



**PARTENAIRES TIERS-PAYANT**

Vous recherchez un professionnel de santé qui pratique le tiers-payant ? Sélectionnez la catégorie professionnelle recherchée ainsi que le code postal ou le département qui vous intéresse et vous obtiendrez l'ensemble des professionnels de santé avec qui nous avons des accords tiers-payant.

# Présentation Prise en main

Des supports Collecteam sont mis à disposition pour une meilleure prise en main des outils numériques.



Connectez-vous sur : [collecteam.gestion-sante.com](http://collecteam.gestion-sante.com)

**AFFILIATION EN LIGNE**

L'envoi du bulletin d'adhésion en ligne permet à votre personnel de recevoir un lien par mail, il permet de compléter le bulletin d'affiliation.

- > Envoi groupé des bulletins d'adhésion : création d'une campagne de diffusion des bulletins d'adhésion numérique via votre espace santé employeur. Possibilité de visualiser la complétion des documents par les salariés, d'effectuer des relances, de conserver une traçabilité des adhésions...
- > Envoi individuel des bulletins d'adhésion : transmission des bulletins d'adhésion en ligne individuellement grâce à l'envoi d'un lien url.

**Attention :** votre personnel doit impérativement disposer d'une adresse mail personnelle ou professionnelle.

En cas d'absence d'adresse mail, vous avez la possibilité de saisir vous-même l'adhésion de la personne concernée, sur votre espace santé employeur.

**GÉRER VOS CONTRATS**

- > Visualiser l'ensemble des contrats souscrits ainsi que les affiliations, mutations et radiations sur les six derniers mois avec possibilité d'un export Excel.
- > Accéder au détail des cotisations avec possibilité d'export Excel.



# Guide de gestion



**Guide de gestion  
FRAIS DE SANTE**

Version : 6 mars. 25

## Un guide de gestion COLLECTEAM

### POUR LE LANCEMENT DE LA CONVENTION

- Mise en place du contrat
- Gestion des adhésions
- Gestion des cotisations
- Gestion des mouvements du personnel



### POUR LE SUIVI AU QUOTIDIEN

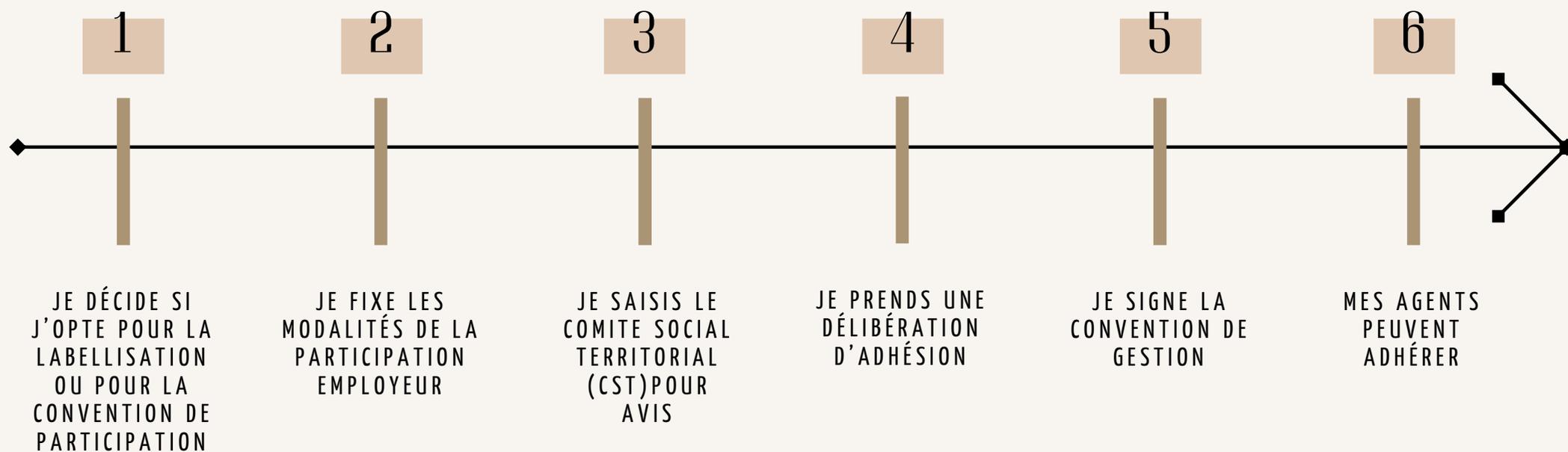
- Services en ligne
- Accueil téléphonique



## 4 Le parcours d'adhésion

# La convention de participation

## CHRONOLOGIE DE L'ADHÉSION



# Le choix de l'employeur

## Convention de participation



Labellisation

## L'OBLIGATION DE CHOISIR

L'employeur territorial a l'**obligation de choisir un des mécanismes** de protection sociale prévu par les textes **même si aucun agent ne souhaite souscrire**.

C'est à dire qu'un dispositif doit être prévu et laissé à l'attention des agents, même si ces derniers ne sont pas intéressés et ne souscrivent pas.

## UN AVANTAGE PRÉFÉRENTIEL

Le choix de l'employeur revêt une importance significative. En effet, il **ne pourra accorder sa participation financière que dans le cadre du dispositif qu'il aura retenu**.

1



## Pas de formalisme

La décision de préférer un dispositif à l'autre ne souffre pas d'un formalisme particulier (délibération ou arrêté).

Elle peut cependant être le fruit d'un dialogue social telle qu'une réunion d'échange interne à la collectivité ou à l'établissement.



## LES RÈGLES À RESPECTER

### UN MONTANT MINIMAL

L'employeur ne peut verser un montant inférieur à 15 Euros, par mois, par agent.

### UN MONTANT SEULEMENT

Un pourcentage ne peut pas constituer une base de calcul pour déterminer ce montant.

### PAS DE MONTANT SUPÉRIEUR

Le montant de la participation ne peut pas être supérieur au montant de la cotisation.

### PAS DE PRORATISATION

Pas de proratisation possible par rapport au temps de travail.

# Fixer la participation

## Pas de formalisme

La décision de fixer tel ou tel montant de participation ne souffre pas d'un formalisme particulier (ni délibération ni arrêté).

Elle peut cependant être le fruit d'un dialogue social telle qu'une réunion d'échange interne à la collectivité ou à l'établissement.



## LA MODULATION

L'employeur **peut décider, s'il le souhaite, de moduler sa participation** dans un but d'intérêt social en prenant en compte le revenu des agents et, le cas échéant, leur situation familiale.

Ainsi, dans le cadre de la souscription d'un agent à une solution de mutuelle santé, l'employeur territorial pourra faire augmenter sa participation en fonction :

- De la rémunération, par palier, de l'agent
- De l'adhésion du conjoint/conjointe
- De l'adhésion des éventuels enfants

**Pour une meilleure compréhension, voir l'exemple proposé.**

# Exemple de modulation

Revenus \ Situation familiale	ISOLÉ	DUO	FAMILLE
ENTRE 0 ET 800 EUROS	30	40	50
ENTRE 800 ET 1600 EUROS	25	35	45
ENTRE 1600 ET 2500 EUROS	20	30	40
PLUS DE 2500 EUROS	15	25	35

Dans cet exemple, le montant de participation est modulé selon les deux critères retenus par les textes réglementaires incluant :

- Un variation à la hausse suivant la situation familiale,
- Une variation à la baisse suivant la rémunération

VOUS SOUHAITEZ UN MODÈLE DE TABLEAU PRÉ-CONSTRUIT ? CLIQUEZ [ICI](#) !



# Pourquoi une bonne participation ?

## POUR L'EMPLOYEUR



- Permettre un **accès démocratisé** à une protection sociale en santé toujours plus cher. Certains agents ne se couvrent plus pour des raisons économiques.
- Se prévaloir d'un **avantage comparatif** intéressant pour une attractivité de l'emploi.
- S'inscrire dans une **politique sociale active** et moderne qui anticipe les évolutions de demain

## POUR L'ASSUREUR



- Permettre un taux d'adhésion plus important pour une **meilleure mutualisation** des risques et des prestations (meilleur équilibre sinistral-prime).
- **Éviter d'engager la clause de révision** tarifaire qui serait susceptible de désengager l'agent
- Garder une **bonne attractivité** du contrat durant ses 6 années de vie

## POUR L'AGENT



- Permettre de **diminuer le reste à charge** de l'agent en soustraction de la participation de l'employeur
  - **Encourager une protection complémentaire** dans un contexte de déremboursement de la sécurité sociale
- **Envisager un niveau de couverture plus important**

# La saisine du CST

Une fois la solution assurantielle déterminée et le niveau de participation établi, il convient de saisir le CST.

La saisine du CST est obligatoire, qu'importe la solution assurantielle choisie (convention de participation ou labellisation) ou même la modalité de participation retenue.

Un fichier modèle de saisine vous est proposé par le Centre de Gestion pour plus de facilité d'usage.

TÉLÉCHARGEZ VOTRE MODÈLE [ICI](#) !



Centre De Gestion  
de la Fonction Publique Territoriale

ID/04/2026  
Pôle CDG - Assurances  
Mail : assurance@cdg81.fr

3

### SAISINE DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL DU CENTRE DE GESTION DU TARN

**POUR AVIS SUR L'INSTAURATION DE LA PARTICIPATION AU FINANCEMENT  
DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE « SANTE »**

---

**Texte de référence :**

**Code général de la fonction publique, notamment les articles L.827-1 à L.827-11**

Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents

Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement

**Principe :** La mise en place de ce dispositif permet aux collectivités d'aider financièrement leurs agents en matière de protection sociale complémentaire. Les agents concernés sont les fonctionnaires ainsi que les agents de droit public et de droit privé. La collectivité peut choisir de participer sur le risque « santé », par l'intermédiaire soit de la labellisation, soit d'une convention de participation. Elle doit fixer le montant de l'aide (ce montant doit être unitaire) et la modulation éventuelle, qui prendra en compte le revenu des agents et leur situation familiale dans un but d'intérêt social.

**Les formulaires de saisine du CST ne doivent pas être nominatifs.**

---

**RENSEIGNEMENTS SUR LA COLLECTIVITE :**

Dénomination : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....  
Nombre d'habitants : .....  
Nombre d'agents permanents : .....  
Contact pour ce dossier : .....

**Quelle solution assurantielle la collectivité a-t-elle choisie ?**

Convention de participation Centre de gestion 81  
 Labellisation

**Montant de la participation ? (à renseigner uniquement en cas d'absence de modulation)**

..... € brut (montant mensuel)

**Modulation éventuelle de la participation dans un but d'intérêt social**

Précisez la modulation choisie (Possibilité de joindre un tableau en annexe.....)

.....

.....

**Y a-t-il eu un dialogue social dans la collectivité ?**

Oui  Non

Si oui, à préciser : (forme, date, etc.) .....

.....

Fait à ..... le .....  
Prénom, nom et qualité du signataire.

---

**CADRE RESERVE AU PRESIDENT DU COMITE SOCIAL TERRITORIAL DU CDG 81**

Examiné en CST du ..... Le Président  
**Sylvain CALS**

Avis .....  
.....

Collège des représentants des employeurs et établissements publics :

AVIS :  FAVORABLE  DEFAVORABLE

.....

Collège des représentants des personnels :

AVIS :  FAVORABLE  DEFAVORABLE

.....



Centre De Gestion  
de la Fonction Publique Territoriale

188 rue de Jarlard - 81 000 ALBI  
Tel : 05.63.60.16.50 • Fax : 05.63.60.16.51  
cdg81@cdg81.fr  
[www.cdg81.fr](http://www.cdg81.fr)

# Le calendrier du CST



## **CST DU 02/10/2025**

Date limite de dépôt  
des dossiers par les  
collectivités : le  
03/09/2025

## **CST DU 27/11/2025**

Date limite de dépôt  
des dossiers par les  
collectivités : le  
29/10/2025



**MODELE DE DELIBERATION PORTANT ADHESION A LA CONVENTION DE PARTICIPATION SANTE  
SOUSCRITE PAR LE CENTRE DE GESTION 81**

M..... (autorité territoriale) rappelle au ..... (organe délibérant) que :

Vu le code général des collectivités territoriales,

Vu le code des assurances, de la mutualité et de la sécurité sociale,

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L.827-1 à L.827-11,

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de PSC et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement

Vu la délibération du Centre de gestion n° ..... en date du ..... portant choix du prestataire retenu pour la conclusion de la convention de participation pour le risque « santé »

Vu la convention de participation signée entre le Centre de gestion 81 et .....

Vu l'avis du Comité Social Territorial (propre ou intercommunal) en date du .....

Madame, Monsieur le ..... (autorité territoriale) expose que, conformément aux dispositions des articles L.827-7 et L.827-8 du code général de la fonction publique, le Centre de Gestion de la FPT du Tarn (81) a mis en place une convention de participation dans le domaine de la protection sociale complémentaire « santé », pour les agents des collectivités affiliées et non affiliées, à compter du 1er janvier 2026, pour une durée de 6 ans.

A l'issue de la procédure de consultation, ..... s'est imposé et a été retenu comme candidat titulaire, selon une notation conforme au cadre réglementaire rappelé à l'article 18 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Les collectivités territoriales et établissements publics peuvent désormais adhérer à la convention de participation sur délibération de leur assemblée délibérante, après consultation du Comité Social Territorial dont elles ressortent.

Par ailleurs, l'autorité territoriale précise que, dans le cadre de ce dispositif, les collectivités et établissements publics se rattachant à la convention de participation portée par le CDG 81 sont redevables de frais de gestion encadré par la convention de gestion jointe en annexe. Cette tarification s'appuie sur la délibération du CDG81 du.....

Aussi, au regard du barème de tarification retenu (nombre d'agents de la structure), les frais d'adhésion annuels sont estimés à .....€

**Caractéristique du contrat-groupe « santé »**

Trois formules sont proposées au choix des agents avec des garanties conformes à celles prévues par le l'article L911-7 II du code de la sécurité sociale, à savoir :

Niveau 1 - .....

Niveau 2 - .....

Niveau 3 - .....

La convention de participation « santé » s'adresse aux agents actifs, fonctionnaires ou agents contractuels de droit public/privé et aux retraités, sous conditions d'adhésion.

La tarification est proposée sans tranche d'âge, sans questionnaire médical et sans délai de carence.

Il revient à chaque agent de décider ou non d'adhérer aux garanties auxquelles ils souhaitent souscrire.

Les montants de cotisation indiqués sont maintenus les deux premières années.

**Participation financière de l'employeur**

L'adhésion à la convention de participation proposée par le Centre de gestion est conditionnée au versement d'une participation financière versée aux agents ayant souscrit.

L'aide financière mensuelle est à ce jour libre (minimum 1 euro), puis deviendra obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 sur la base d'un montant minimum de référence fixé par décret à hauteur de 15€/mois/agent, dans la limite du montant de la cotisation dû par l'agent.

Le montant alloué peut être soit identique pour l'ensemble des agents, soit modulée dans un but d'intérêt social en prenant en compte le revenu ou la situation familiale de l'agent.

Vu l'exposé de ..... (autorité territoriale),

Après en avoir délibéré, le ..... (organe délibérant) décide :

- d'adhérer à la convention de participation pour le risque « Santé » conclue entre le Centre de gestion 81 et.....
- d'accorder sa participation financière aux fonctionnaires titulaires et stagiaires ainsi qu'aux agents contractuels de droit public et de droit privé de la collectivité en activité ayant adhéré au contrat attaché à la convention de participation portant sur le risque « Santé ».
- de fixer le niveau de participation financière de la collectivité à hauteur de ..... €, par agent, par mois, à chaque agent qui aura souscrit au contrat découlant de la convention de participation et de la convention d'adhésion signées par ..... (autorité territoriale). Ou d'opter pour la modulation dont le détail est précisé au tableau joint en annexe.
- d'autoriser ..... (autorité territoriale) à signer les documents contractuels en découlant.
- D'inscrire au budget primitif xxx au chapitre XXX – article XXX, les crédits nécessaires au versement de la participation financière aux agents.

Fait à ....., le .....

# La délibération d'adhésion

Elle ne peut être prise qu'après  
retour de la demande d'avis du  
CST.

L'avis du **CST est obligatoire**  
**pour pouvoir délibérer. Attention**  
**au calendrier de saisine ! Le**  
**dernier CST de l'année laisse peu**  
**de temps pour délibérer.**

Un fichier modèle de délibération  
vous est proposé par le Centre de  
Gestion pour plus de facilité  
d'usage.

**TÉLÉCHARGEZ VOTRE MODÈLE [ICI](#) !**

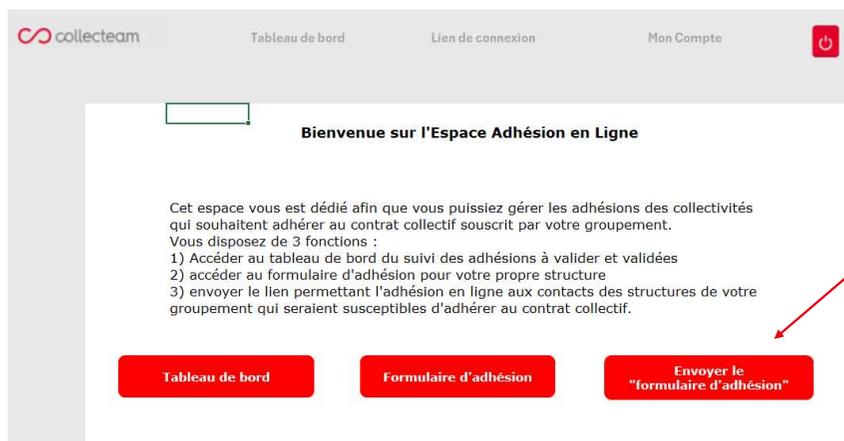


## L'ADHESION AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

L'ADHESION DE LA COLLECTIVITE



## COMMENT ÇA FONCTIONNE ?



En cliquant sur le bouton « Envoyer le formulaire d'adhésion ».

Cela ouvre une page où le CDG renseigne dans le champ « A » la liste des contacts des collectivités pouvant intégrer la convention de participation.

Un lien unique par contact sera généré et envoyé aux contacts renseignés.

A

CC

Objet : Collecteam : Formulaire d'adhésion à la convention de participation [Nom SUICO]

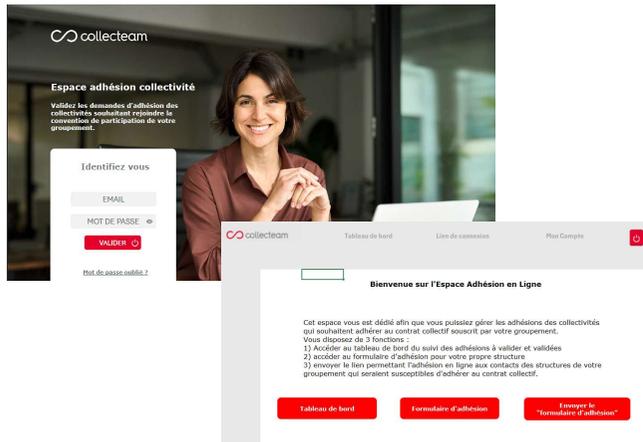
[NOM SUICO] a souscrit une Convention de Participation [Segment], par l'intermédiaire de Collecteam, gestionnaire de ce régime. Ce contrat prendra effet à compter du [Date effet].

Vous trouverez ci-dessous un lien vous permettant d'enregistrer votre adhésion en ligne si vous souhaitez rejoindre cette convention et faire bénéficier vos agents de cette [Variable].

[Formulaire ADHESION](#)

collecteam  
collectivites@collecteam.com

# LE TABLEAU DE BORD DE L'ESPACE CDG



Sur cette page le CDG pourra :

- > Valider ou refuser les adhésions de collectivités cliquant sur le bouton
- > Télécharger les fiches adhésions pdf des collectivités
- > Visualisera les adhésions selon leur état
  - > A valider
  - > Validées
  - > Refusées
- > Télécharger l'export

The screenshot shows the 'Tableau de bord' (Dashboard) in the Collecteam system. At the top, there are navigation links: 'Tableau de bord', 'Lien de connexion', and 'Mon Compte'. A 'Télécharger' button is visible. Below the navigation, there is a section titled 'n Fiches Adhésion à valider' and a search bar. The main content is a table with the following columns: 'Nom collectivité', 'N° SIRET', 'Date effet', 'Date de saisie', 'Contact', and 'Bulletin PDF'. Each row contains placeholder data (xxxxx) and a 'Télécharger' link. To the right of each row are two buttons: 'Valider' (green) and 'Refuser' (red). An arrow points from the 'Refuser' button to a text box containing the instruction: 'Vous avez la possibilité de notifier la raison de votre refus dans la zone de texte ci-dessous qui sera communiquée à la collectivité'. Below this text box is a 'Zone de texte libre' (free text area) and two buttons: 'Annuler' and 'Enregistrer'. At the bottom of the table, there is a 'n° page' label.

Nom collectivité	N° SIRET	Date effet	Date de saisie	Contact	Bulletin PDF	Valider	Refuser
xxxxx	xxxxx	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	xxxxx@gmail.com	Télécharger	Valider	Refuser
xxxxx	xxxxx	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	xxxxx@ccp.fr	Télécharger	Valider	Refuser
xxxxx	xxxxx	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	xxxxx	Télécharger	Valider	Refuser
xxxxx	xxxxx	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	xxxxx	Télécharger	Valider	Refuser



## L'ADHESION AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

L'ADHESION DE L'AGENT



# L'adhésion de l'agent Toujours facultative



6



### LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES

- > Les attestations Sécurité sociale de chaque personne à assurer
- > Le relevé d'identité bancaire (RIB) ou IBAN de l'assuré principal

### VOUS POUVEZ COMMENCER

1. Cliquez sur le lien sécurisé qui vous a été transmis par mail
2. Complétez le bulletin en ligne
3. Joignez les documents nécessaires
4. Validez votre bulletin individuel d'affiliation en cliquant sur « envoyer »

> Vous recevrez ensuite un mail de confirmation de votre adhésion contenant un récapitulatif de votre souscription.

> Votre attestation de tiers-payant vous sera envoyée une fois votre adhésion validée par votre service RH.

### BESOIN D'AIDE ?

N'hésitez pas à nous contacter au 03 26 48 49 60 ou par mail : [adhesion@reims.collecteam.fr](mailto:adhesion@reims.collecteam.fr)



[www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)

© Collecteam 2024 - Société de courtage en assurance - 13 rue Croisettes/Épône - BP 20044  
45330 La-Croix-le-Grain/Orléans FR - SA au capital de 7 000 000 € - SIREN 412 003 917  
RCS Orléans - N°152142 07 005 899 - <https://reims.fr> - Article 1220-111 du Code des  
Assurances (liste des Compagnies d'Assurance d'après notre site Internet)  
Soutien au contrôle de l'ACRIS - le plan de Buisson - CS20454 - 75156 Paris Cedex 05  
Service réclamation : [suivre@collecteam.fr](mailto:suivre@collecteam.fr) - Crédit photo : Adobe Stock



Un **support explicatif** est à votre disposition pour accompagner vos agents dans cette démarche d'adhésion en ligne quel que soit le support choisi (PC, tablette et smartphone)

Une fois l'affiliation effectuée, un e-mail de confirmation sera adressé à l'assuré (avec le récapitulatif des informations saisies) et un courriel de confirmation sera adressé à votre service paie/RH pour validation de l'affiliation.

L'assuré doit compléter les informations :

- Niveau de garantie choisi
- Organisme d'affiliation (attestation sécurité sociale)
- Situation familiale
- Coordonnées bancaire
- Éventuelles informations sur les ayant droit.

**FORMAT PAPIER POSSIBLE**

# COMMENT ADHERER AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE ?

## Votre affiliation

Votre employeur

## Dates

Affiliation  
L'adhésion prendra effet au

## Identification

N° de Sécurité sociale	<input type="text"/>	Téléphone <sup>i</sup>	<input type="text"/>
Civilité	<input checked="" type="radio"/> Madame <input type="radio"/> Monsieur	Mobile <sup>i</sup>	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Nom de naissance - <i>Optionnel</i>	<input type="text"/>	<small>- Pour l'envoi des décomptes à chaque remboursement, en remplacement du décompte papier trimestriel. - Pour l'envoi du mail de signature du mandat de prélèvement dans le cas où des cotisations sont appelées à l'assuré.</small>	
Prénom	<input type="text"/>	Organisme d'affiliation - <i>Optionnel</i>	<input type="text" value="01 971 7011"/> <input type="text" value="Général"/>
Date de naissance	<input type="text" value="__/__/__"/>	Situation de famille	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Veuf <input type="radio"/> Concubinage <input type="radio"/> Divorcé <input type="radio"/> Pacsé
Adresse	<input type="text" value="ex : 3 rue des Etangs"/>	Matricule - <i>Optionnel</i>	<input type="text"/>
Complément d'adresse - <i>Optionnel</i>	<input type="text" value="ex : Etage 1 Apt 4"/>	Date d'embauche - <i>Optionnel</i>	<input type="text" value="__/__/__"/>
Code postal	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>		
Pays - <i>Optionnel</i>	<input type="text" value="FRANCE"/>		

J'accepte la télétransmission <sup>i</sup>

## INFORMATIONS À RENSEIGNER

Choisir son niveau de garanties

Numéros sur l'attestation de sécurité sociale

Coordonnées bancaires

## COMMENT ADHERER AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE ?

### L'agent n'a aucun contrat complémentaire santé

- > L'agent doit renseigner son adhésion en ligne et la valider

Cliquer sur le bouton

Affiliation en ligne 

### L'agent est déjà adhérent à un contrat de complémentaire santé individuel

- > L'agent devra résilier son contrat individuel par courrier en recommandé avec A/R (résiliation possible en cours de contrat)
- > Puis renseigner son adhésion en ligne et la valider

Cadre à remplir (Agent, à envoyer avant le 31 octobre 2013)

NOM \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Société d'assurances \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lettre recommandée avec A/R. Orléans, le : \_\_\_\_\_

Objet : Résiliation complémentaire santé et / ou prévoyance \*\*

Monsieur le Directeur,

Suite à la mise en place d'un régime collectif de complémentaire santé et de prévoyance au sein de la Mairie d'Orléans, je vous prie de bien vouloir effectuer la résiliation de mon / mes contrat(s) d'assurance complémentaire santé et / ou prévoyance n° \_\_\_\_\_ à effet du 31.12.2013 inclus.

Dans ce cadre, pour la mutuelle, je vous prie de bien vouloir interrompre au 31.12.2013 inclus les cotisations versées à la Caisse Financière d'Assurance Maladie et votre organisme pour chaque bénéficiaire sous ce contrat : mon conjoint, mes enfants et moi-même.

Je vous serais obligé de bien vouloir m'accuser réception de la présente déclaration.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

Signature \_\_\_\_\_

\*\*Peut de sur le mention nulle si pas bénéficiaire

## Un modèle identique à la prévoyance



 1.1 % du montant total des cotisations versées à l'assureur

 Plancher de 50€ minimum annuel

APPLICABLE MÊME EN L'ABSENCE D'ADHÉSION (MISE À DISPOSITION DE L'OFFRE CONTRACTUELLE)



TÉLÉCHARGEZ VOTRE CONVENTION [ICI](#) !

# Le paiement des cotisations



- > Les appels de cotisation sont établis **trimestriellement** à terme échu. Vous recevrez un appel de cotisation récapitulant l'effectif des agents pris en considération.
- > Les modalités relatives au calcul des cotisations figurent dans les conditions générales et particulières du contrat que vous avez souscrit. Les cotisations sont précomptées mensuellement sur les salaires

- > Pour les mouvements de personnel en cours de mois, l'adhésion débute au premier jour du mois en cours et la radiation prend effet au dernier jour du mois en cours.

# Dispositions financières

## Paiement des cotisations

- Précompte de la cotisation à la charge de chacun de ses agents adhérents
- Versement au groupement « Collecteam – Generali »

CODE	LIBELLÉ	BASE ou NOMBRE	TAUX	MONTANT	COTISATIONS PATRONALES	
					TALUX	MONTANT
8	Traitement de base indiciaire	2 067.56	30.0000	2 067.56		
1591	IFSE Tit.	680.00	100.0000	680.00		
1716	Participation empl prev (Mt)			15.00		
40	CSG Non déductible Titulaire	2 734.07	2.4000	-65.62		
41	CSG Déductible Titulaire	2 734.07	6.8000	-185.92		
42	CRDS Non déductible Titulaire	2 734.07	0.5000	-13.67		
43	Urssaf Maladie Titulaire	2 067.56			8.8800	183.60
44	Urssaf Allocation Familial Tit	2 067.56			3.4500	71.33
4082	Urssaf Alloc.Familial Comp Tit	2 067.56			1.8000	37.22
45	Urssaf FNAL Titulaire	2 067.56			0.1000	2.07
46	Urssaf Mobilité Titulaire	2 067.56			0.6000	12.41
389	Urssaf solid.autonomiePP Tit.	2 067.56			0.3000	6.20
47	Retraite CNRACL Titulaire	2 067.56	11.1000	-229.50	31.6500	654.38
1028	Retraite additionnelle FP	413.51	5.0000	-20.68	5.0000	20.68
49	CNRACL ATIACL	2 067.56			0.4000	8.27
52	C.N.F.P.T Titulaire	2 067.56			0.9000	18.61
862	Mutuelle MNT Base	2 770.00	1.2000	-33.24		
1584	MONTANT NET SOCIAL	2 200.31				
5924	NET A PAYER AVANT IMPOT/REVENU	2 177.55				
5920	Taux personnalisé					
1691	Impôt / revenu prélevé source					



## 5 Le déploiement

DES RENDEZ-VOUS POUR LES AGENTS

**A partir de novembre  
2025**

Pour un rendez-vous dédié aux agents de votre collectivité, contactez-nous : [assurances@cdg81.fr](mailto:assurances@cdg81.fr)



Le CDG  
communiqué !

RESTEZ VIGILANT

Newsletter mensuelle **info**

## LES ACTUS DU CDG81



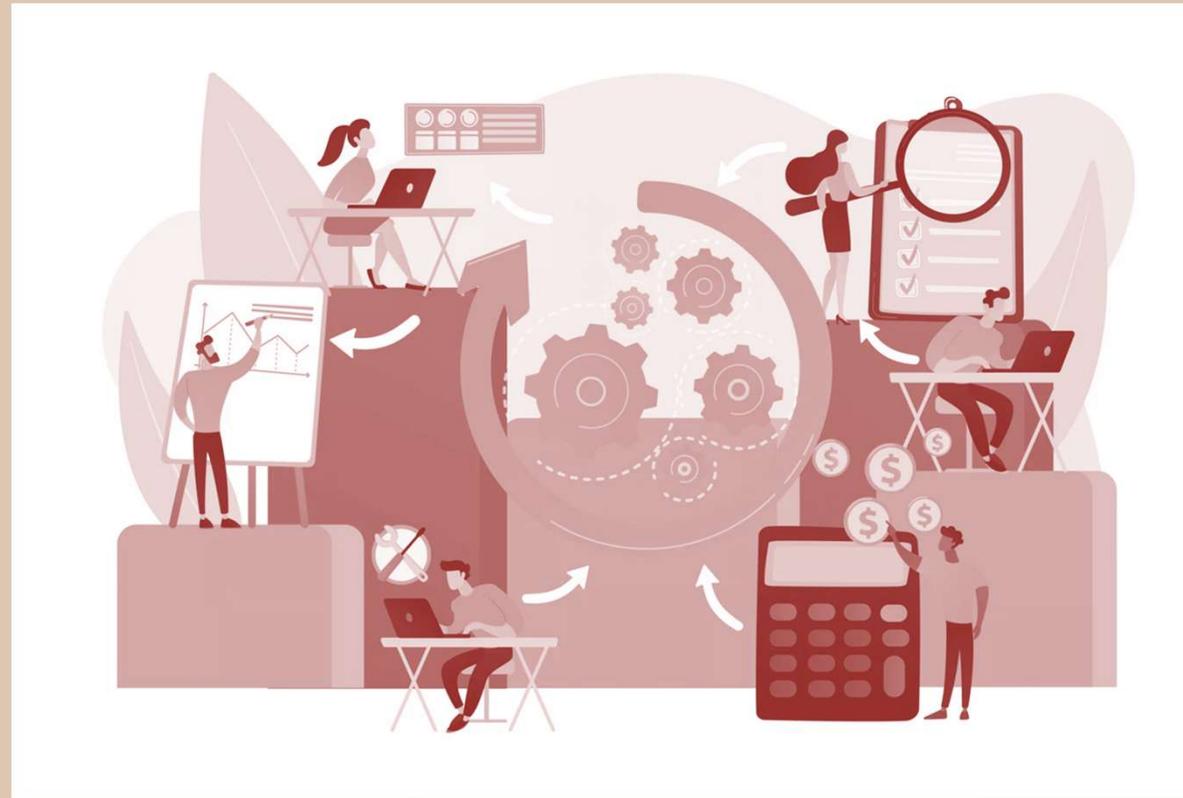
Informations sur le statut, nouvelles réformes, carrière, concours, emploi, santé au travail, événements du CDG...

**Vous êtes au bon endroit !**

➤ Restez informé·e avec le Centre de gestion du Tarn



[NEWSLETTER](#)



## 6 Outils à disposition

# Outils à disposition



## Modèles (sur le site du CDG) :

- [Saisine du CST](#)
- Délibération :
  - . [Convention avec le CDG81](#)
  - . [Labellisation](#)
- [Convention entre la collectivité et le Centre de gestion](#)

## Références :

- [Liste des contrats labellisés](#)
- [Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents](#)
- [Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement](#)

# Outils à disposition



Pour vos agents :

## - Tableau comparatif des garanties

	PROPOSITION COLLECTTEAM			MON CONTRAT ACTUEL	COMPARAISON AVEC	INSTRUCTIONS	
	ISOLE						
	SOCLE	RENFORT 1	RENFORT 2	Saisir vos garanties ci-dessous	SOCLE		
<b>ACTES COURANTS</b>							
Consultation Généraliste / OPTAM	100%	150%	200%		N/C	<p>Modifier la formule retenue avec le menu déroulant de la cellule B2</p> <p>Modifier la colonne de comparaison avec le menu déroulant de la cellule F2</p> <p><i>(Cliquer sur la cellule et utiliser le menu contextuel)</i></p> <p>Le tableau ci-contre ne saurait englober dans son approche toutes les garanties qu'un contrat « santé » peut proposer. Il se limite aux éléments récurrents, essentiels et surtout comparables dans leur valeur (un pourcentage BRSS ne saurait être comparé à un montant).</p> <p>Au-delà de ces considérations, une simple comparaison des garanties contractuelles entre deux offres de protection sociale « santé » ne peut constituer une étude exhaustive et suffisante. Il convient également d'y intégrer la dimension prix ou encore les conditions d'adhésion et d'indemnisation.</p> <p>Cependant, elle vous présentera un premier niveau de lecture dont l'analyse pourra contribuer à dégager une offre plus couvrante.</p> <p>NB : Si deux éléments ne peuvent être comparés, laisser la cellule vide.</p>	
Consultation Généraliste / Non OPTAM	100%	130%	180%		N/C		
Consultations / visites spécialistes / OPTAM	100%	150%	200%		N/C		
Consultations / visites spécialistes / NON OPTAM	100%	130%	180%		N/C		
Petite chirurgie et actes techniques médicaux / OPTAM	100%	150%	200%		N/C		
Petite chirurgie et actes techniques médicaux / NON OPTAM	100%	130%	180%		N/C		
Imagerie médicale / radiologie OPTAM	100%	150%	200%		N/C		
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM	100%	130%	180%		N/C		
Analyses médicales en laboratoire / examens	100%	125%	150%		N/C		
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100%	150%	200%		N/C		
Médicaments remboursés	100%	100%	100%		N/C		
<b>HOSPITALISATION</b>							
Soins et frais de séjour hospitaliers	100%	150%	200%		N/C		
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM C O	100%	150%	200%		N/C		
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM C O	100%	130%	180%		N/C		
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences	100%	100%	100%		N/C		
Chambre particulière (hors psychiatrie) - Par nuit et par bénéficiaire		60	90		N/C		
Chambre ambulatoire (par jour)		30	60		N/C		
<b>DENTAIRE</b>							
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale - par an		300	550		N/C		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125%	250%	400%		N/C		
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale - Forfait par an et par bénéficiaire		500	600		N/C		
Parodontologie non remboursée - par an		250	350		N/C		
Implantologie (par an)		500	900		N/C		
<b>OPTIQUE</b>							
Monture	40	90	100	20	Plus avantageux		
Verre simple - Forfait par verre	30	70	100		N/C		
Verre complexe - Forfait par verre	80	120	220		N/C		
Verre très complexe - Forfait par verre	80	170	260		N/C		
<b>PRIX DU CONTRAT (En euros)</b>							
	39,5	75	100				

Collecteam est plus avantageux

Niveau de garantie identique

Collecteam est moins avantageux

# Contact



Julien Brocart

05 32 09 73 16  
assurances@cdg81.fr

**Nos horaires d'ouverture :**

Lundi, mercredi, jeudi et  
vendredi : 9h-12h et 14h-  
17h |

Mardi : 14h-17h

**WWW.CDG81.FR**



## INTERLOCUTEURS SALARIES

CENTRE DE GESTION SANTE  
Tél. 03 26 48 49 60  
Mail [adhesion@reims.collecteam.fr](mailto:adhesion@reims.collecteam.fr)

## INTERLOCUTEURS RESSOURCES HUMAINES

RELATION CLIENT  
Tél. 03 52.62.65.62  
Mail [relationclient@reims.collecteam.fr](mailto:relationclient@reims.collecteam.fr)

SERVICE QUALITE  
Tél. 03 26 61 24 73  
Mail [qualite@collecteam.fr](mailto:qualite@collecteam.fr)

## LE CENTRE D'APPEL

Nous mettons à votre disposition un centre de renseignements téléphoniques dédié exclusivement aux assurés des contrats frais de santé.

Composé de collaborateurs internes formés spécifiquement à l'accueil téléphonique et au domaine des frais de santé, le centre de renseignements téléphoniques répond à toutes les questions des assurés concernant :



- > les garanties,
- > les remboursements,
- > les demandes de prises en charge,
- > les demandes de devis,
- > les attestations.

Du lundi au jeudi  
de 8 h 00 à 12 h 30 / 13 h 00 – 18 h 00  
Le vendredi  
de 8 h 00 – 12 h 30 / 13 h 00 – 17 h 00  
**03 26 48 49 60**

Communication non surtaxée, prix de la communication selon votre opérateur.



## 7 Foire aux questions