



Protection sociale complémentaire

LA SANTÉ



Sommaire

1

Introduction

2

Réglementation

3

La convention de participation du CDG

4

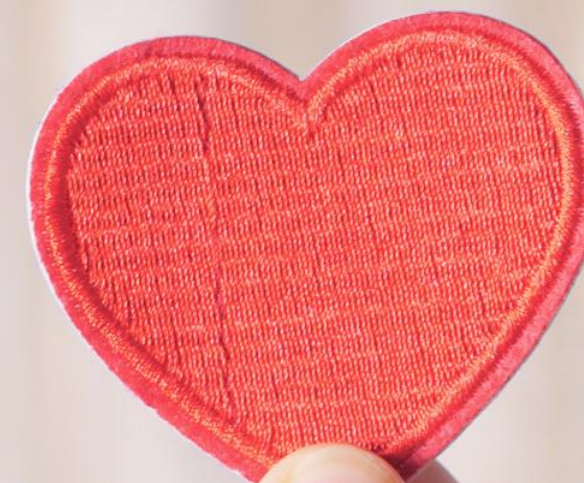
Le parcours d'adhésion

5

Le déploiement

6

F.A.Q.





Introduction

La Protection Sociale : un volet double

La prévoyance



2025

La santé



2026

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).



MEDECINE



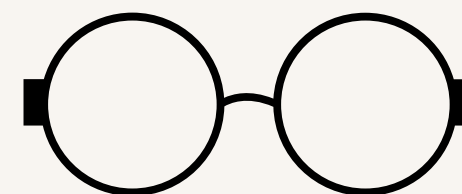
HOSPITALISATION



MÉDICAMENTS



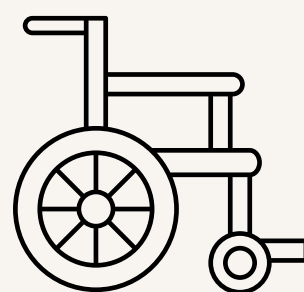
SOINS DENTAIRES



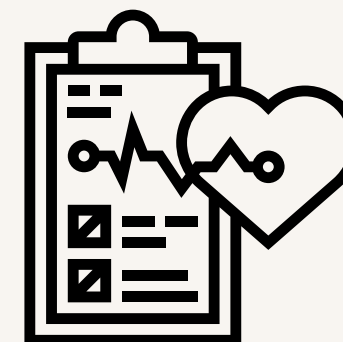
OPTIQUE



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 proposées concernant des prestations non prises en charges par l'Assurance Maladie (Pose d'un implant, chirurgie de l'oeil, homéopathie etc.)

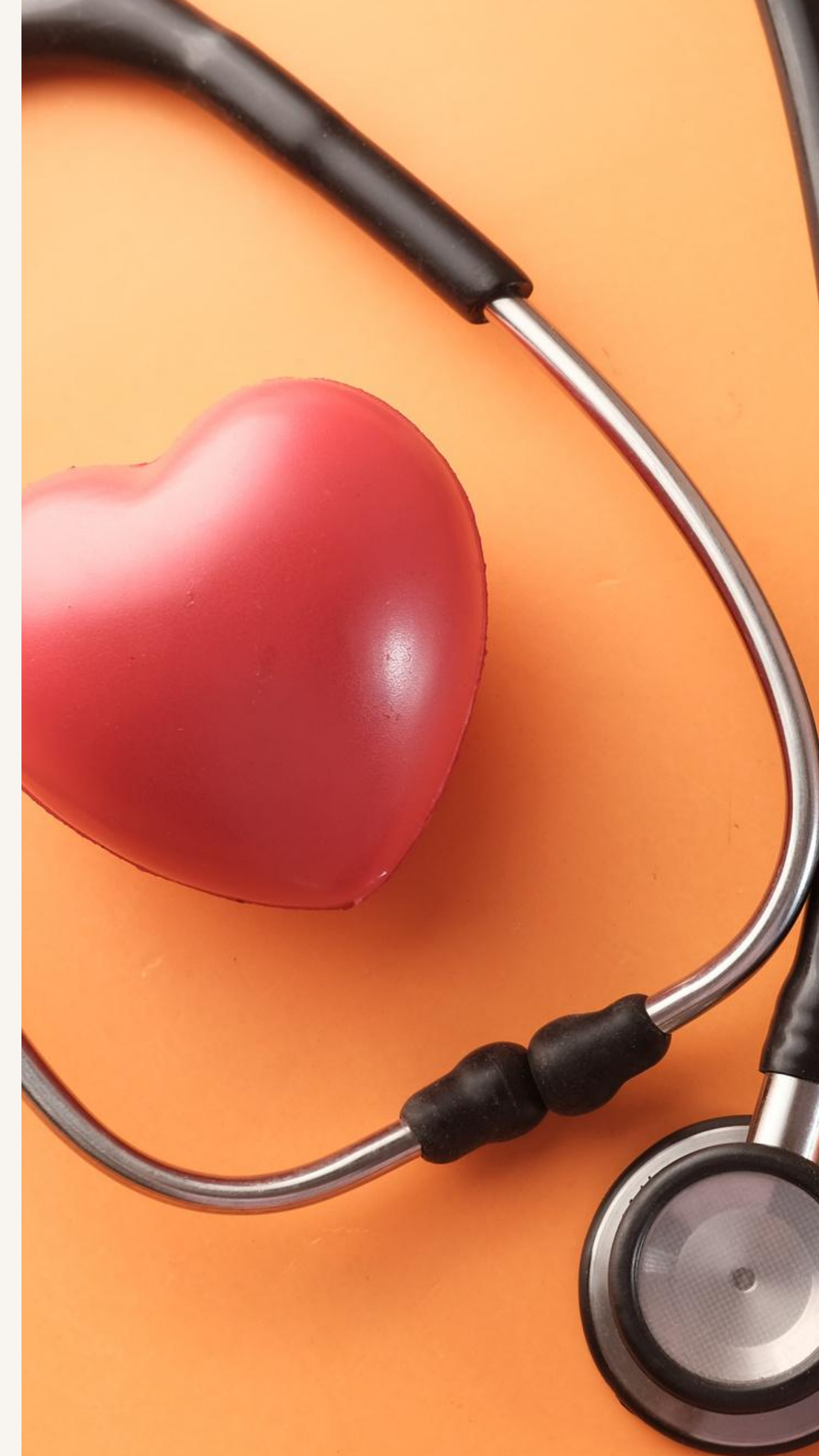
LE 100% SANTÉ

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€

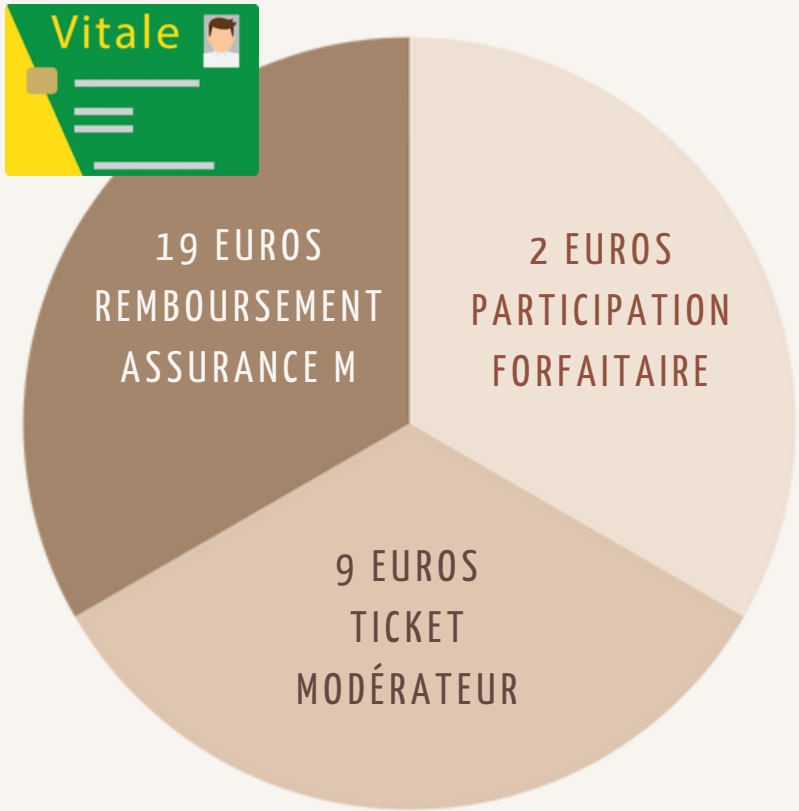
Une **participation forfaitaire
de 2 €** est demandée (déduit
du remboursement) à charge
du patient.

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 PRATIQUEANT
LE PRIX CONVENTIONNÉ (BRSS): 30E



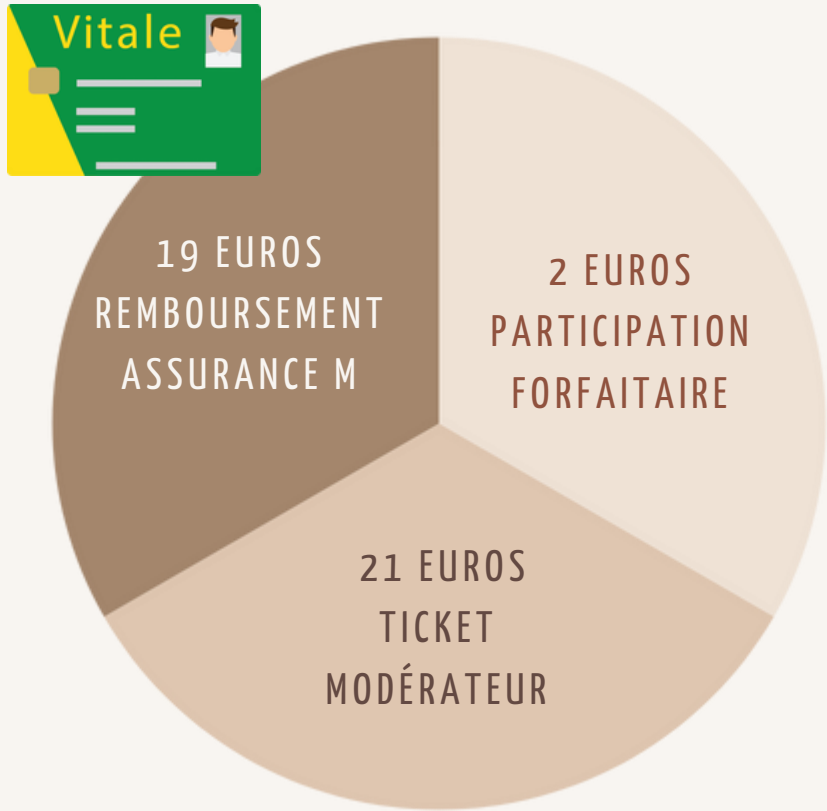
100% du BRSS = 30E
Ma mutuelle me rembourse 9 euros
Mon reste à charge : 0

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

JE SUIS ASSURÉ 100% BRSS EN
CONSULTATION PAR MA MUTUELLE

JE SUIS ASSURÉ 150% BRSS EN
CONSULTATION PAR MA MUTUELLE

CONSULTATION D'UN MÉDECIN PRATIQUEANT
DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : 42E



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

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



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

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°

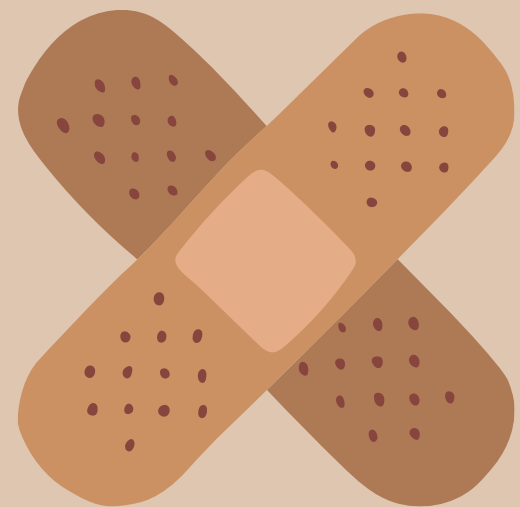
Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les **soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale** et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

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



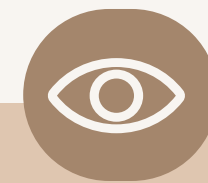
TICKET
MODÉRATEUR



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.

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.”

Conditions d'adhésion souples et non discriminantes



ADHÉSION OUVERTE À TOUS
LES AGENTS



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



Les garanties proposées

GARANTIES		PRESTATIONS ⁽¹⁾		
		Socle	Renfort 1	Renfort 2
ACTES COURANTS				
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
Matériel médical	Grand appareillage	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Transport		100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, maternité)				
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 €

DENTAIRE ⁽²⁾

Panier de soins « 100 % santé » prise en charge dans la limite des HLF		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Prestations remboursées par l'assurance maladie		Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 2500 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3000 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins	Plafond annuel par bénéficiaire - hors panier 100% santé : 3200 €, au delà remboursement à hauteur du panier de soins
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 €
AUTRES PRESTATIONS				
Cure thermale : Honoraires et frais de séjour (par an et par bénéficiaire)		100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €
Médecine non conventionnelle (Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, homéopathe, microkinésithérapie, étioopathie, diététicien, psychologue hors dispositif "mon psy", psychomotricien, ergothérapeute, pédicure-podologue, naturopathe, sophrologue, reconstruction posturale méthode Mézières, kynésiologue, hypnose) (par an et par bénéficiaire)		-	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

AUDIOLOGIE

Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Équipement auditif hors 100 % santé classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille) + de 20 a	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

OPTIQUE

Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV	100 % FR	100 % FR	100 % FR
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)	1 fois tous les 2 ans 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 h.	100 % BR	150 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables (par an)	-	150 €	250 €
Chirurgie réfractive (par oeil)	-	200 €	400 €

- (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.
- (3) Dans la limite des frais réels engagés et sur présentation de justificatifs.
- (4) Praticiens reconnus par les annuaires professionnels de santé.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; sa valeur au 1^{er} janvier 2024 est de 3 864 € – BR : Base de Remboursement – BRR : Base de Remboursement Reconstituée – FR : Frais Réels – PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraire Limite de Facturation - TM : Ticket Modérateur –OPTAM/ OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Chirurgien et Obstétricien.

* sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue (changement de dioptrie de 0,25 par œil ou 0,50 pour les deux yeux), par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

** soins, parodontologie, chirurgie, imagerie dentaire remboursés par la Sécurité Sociale

En optique « classe B » : les frais d'adaptation et d'appairage sont pris en charge conformément aux termes des contrats responsables, à savoir à hauteur du Ticket Modérateur.

GRILLE OPTIQUE

	VALEUR DE LA SPHERE (décret du 11 janvier 2019)
Verres simples	verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) ≤ 6
Verres complexes	verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) > 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) ≤ 8
Verres très complexes	verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ;sphéro-cylindrique de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindrique < -8 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindrique > 0 dont Σ S (sphère+cylindre) > 8

« 100 % santé » : équipements et frais tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

La proposition de couverture santé respecte les obligations réglementaires en matière de contrat responsable.

Ce document n'est pas exhaustif. Pour plus d'informations, se référer au livret Frais de Santé mis à disposition auprès de votre employeur et consultable sur votre espace santé

La garantie d'assistance

Les assurés bénéficient de larges prestations d'assistance afin de leur **apporter une aide concrète et efficace en cas de réorganisation de leur vie familiale à la suite d'une maladie, d'une hospitalisation, d'un accident ou d'un décès.**

Ces prestations (accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7) couvrent notamment les domaines suivants :



Recherche d'un professionnel de santé



Besoin d'une assistance à l'étranger



Besoin d'informations médicales



Hospitalisation ou immobilisation d'un agent à son domicile



Immobilisation d'un enfant pour raisons médicales



Demande de devis dentaire, optique, d'aides auditives



Assistance à la suite d'un décès

Convention d'assistance
GENERALI SANTE ASSISTANCE +

EA8

juin 2019

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 200 000 professionnels de santé.



Avec la généralisation du tiers payant, SP santé couvre :

96%
des opticiens



89%
des audioprothésistes



23%
des dentistes



80%
des infirmiers



93% des hôpitaux publics
89% des hôpitaux privés



97%
des pharmacies



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



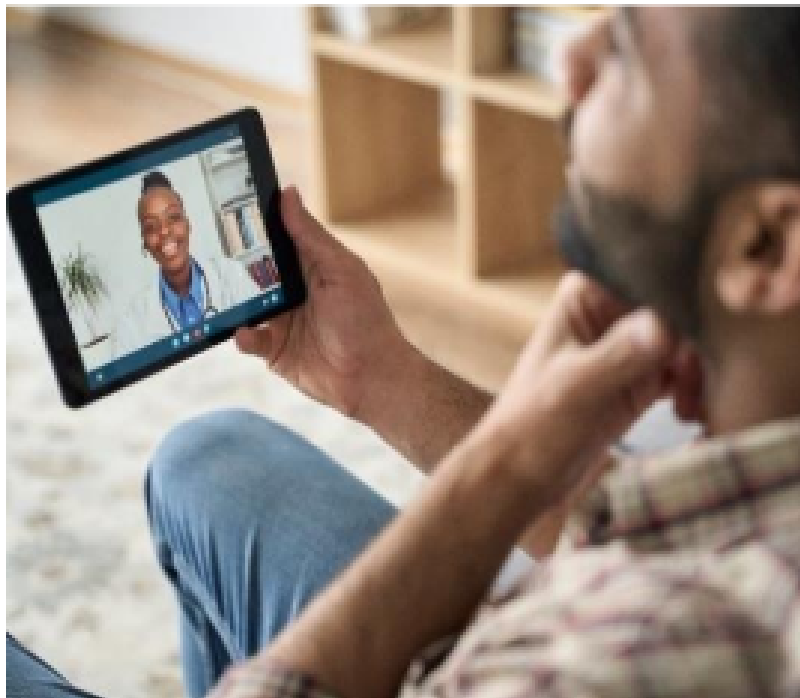
Traitement des
courriers
3 jours

Téléconsultation

SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION



Prise en charge de consultations médicales à distance par des médecins **24h/24 et 7j/7**.



Médecin Direct est un service proposant au patient **d'entrer directement en contact avec un médecin généraliste ou spécialiste par écrit, par téléphone ou vidéo**. Ces téléconsultations sont assurées par des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins, afin d'établir le meilleur diagnostic possible, accompagné si nécessaire d'une ordonnance.

Le service Médecin Direct présente de nombreux avantages à l'heure où l'accès rapide aux soins est souvent entravé, faute de disponibilité des professionnels de santé.

VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS ?
CONSULTEZ LA BROCHURE DÉDIÉE ICI





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.



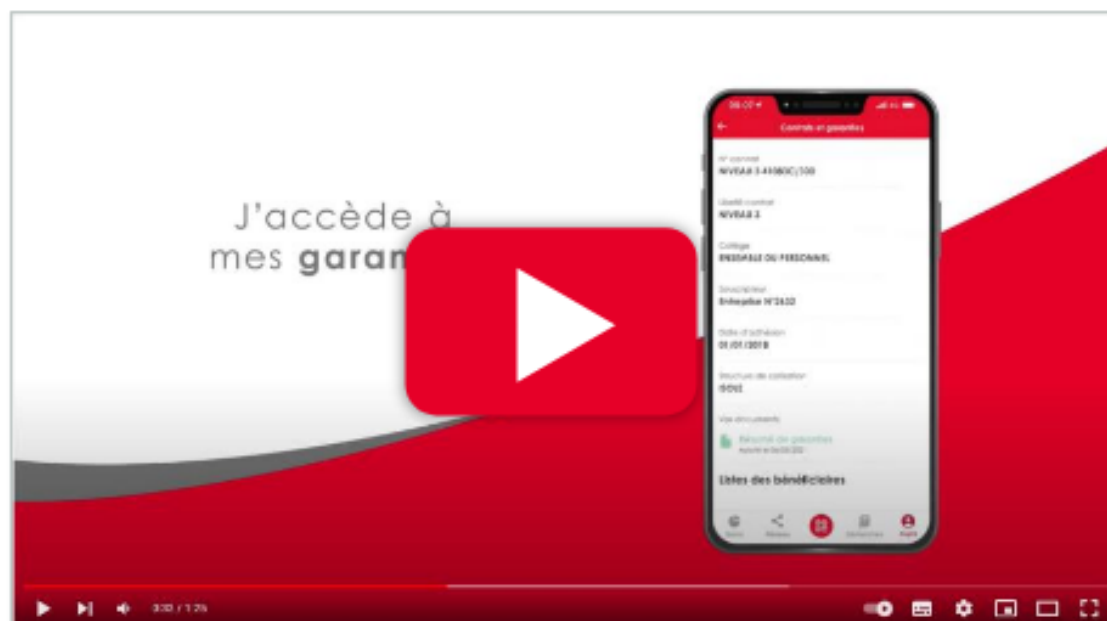
Espace employeur

- ➔ 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.



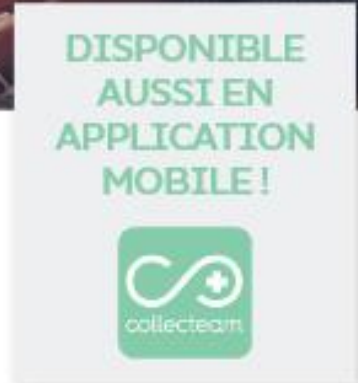
Application mobile

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



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

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.



Contract	Catégorie	Assuré	Prise en charge	Montant de la cotisation	Montant des prestations
PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100
PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100
PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100	PROTECTOR 100



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

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**

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

Tarifs

Actifs	Socle	Renfort 1	Renfort 2
Isolé	39.50€	75€	100€
Duo	73€	138€	185€
Famille	105€	195€	265€

Retraités	Socle	Renfort 1	Renfort 2
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



Révision tarifaire

L'évolution exceptionnelle des cotisations est autorisée selon l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Ainsi, le dépassement des limites tarifaires, prévues au titre de l'évolution annuelle des cotisations, n'est possible que dans les cas ci-après, et si le changement revêt un caractère significatif :

- **Aggravation de la sinistralité,**
- Variation du nombre d'agents adhérents,
- Evolutions démographiques,
- Modifications de la réglementation.

Seuil de déclenchement	Taux d'augmentation maximum
P/C < 100 %	Pas de majoration
P/C < 110 %	Majoration maximale 13%
P/C < 120 %	Majoration maximale 23%
P/C <= 130 %	Majoration maximale 33%
P/C > 130 %	Pas de plafonnement de la majoration

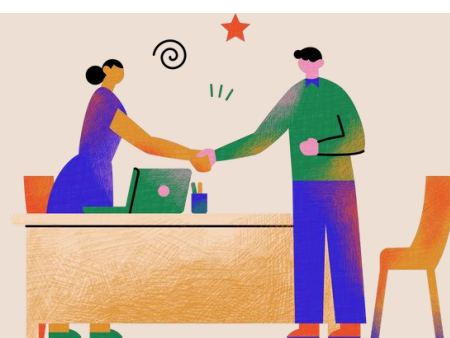


**MAINTIEN DU
TAUX PENDANT
2 ANS**

**À LÉGISLATION ET
RÉGLEMENTATION
CONSTANTE**

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



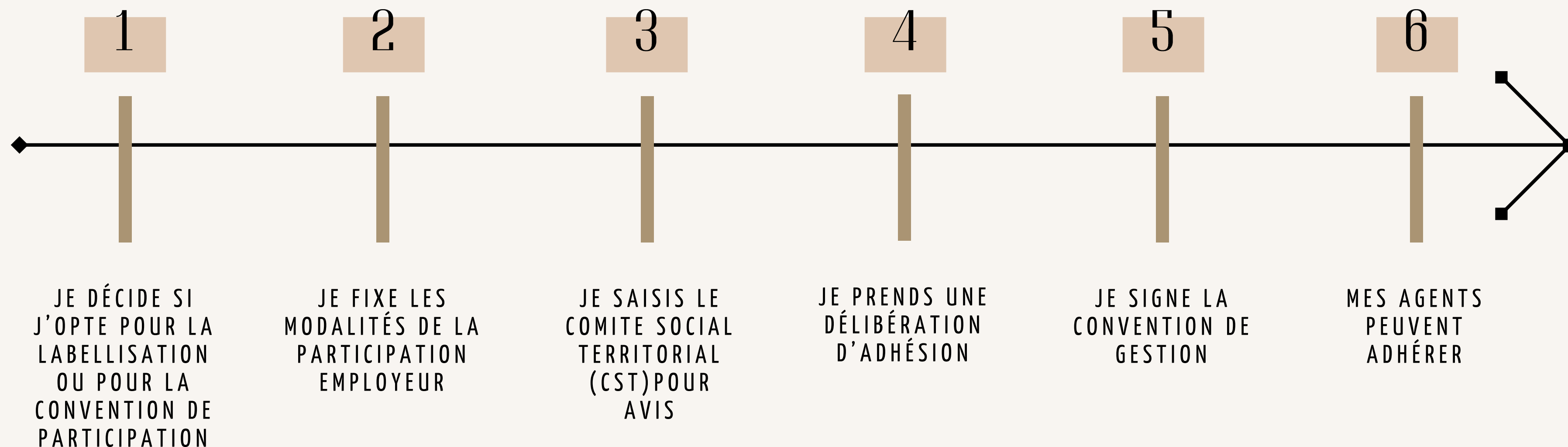
- Permettre de **diminuer le reste à charge** de l'agent en soustraction de la participation de l'employeur
 - **Encourager une protection complémentaire** dans un contexte de déremboursement de la sécurité sociale
- **Envisager un niveau de couverture plus important**



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



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.

instances@cdg81.fr



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

☐ Convention de participation Centre de gestion 81

☐ Labellisation

Centre De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

188 rue de Jariard - B1 000 ALBI
Tel : 05.63.60.16.50 • Fax : 05.63.60.16.51
cdg81@cdg81.fr
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



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.

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^{er} 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.

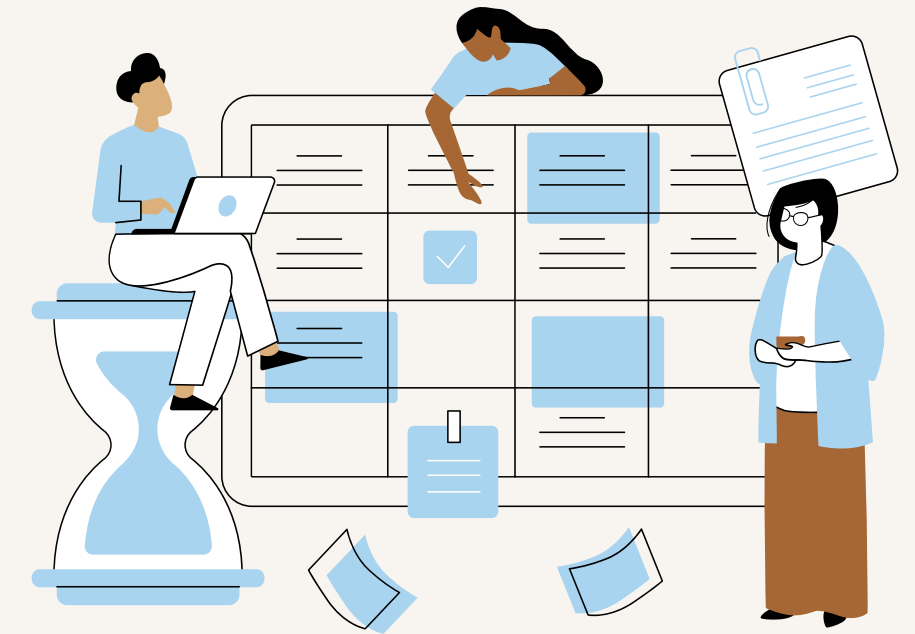
Vu l'exposé de (autorité territoriale),

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

Un modèle identique à la prévoyance



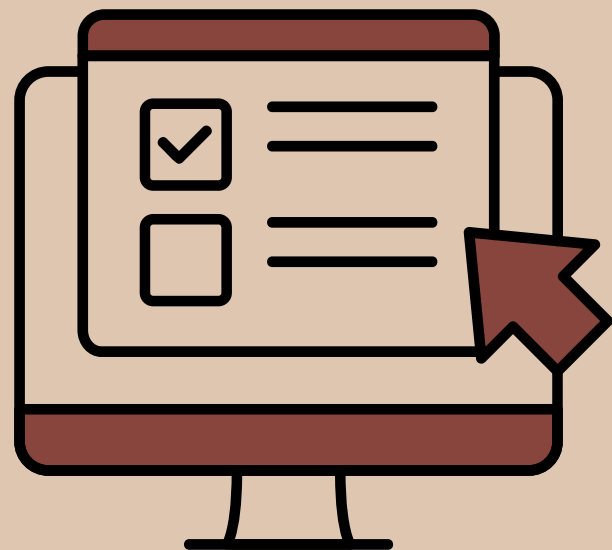
 1.1 % du montant total des cotisations versées à l'assureur

 Plancher de 50€ minimum annuel

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



L'adhésion de l'agent



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

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)

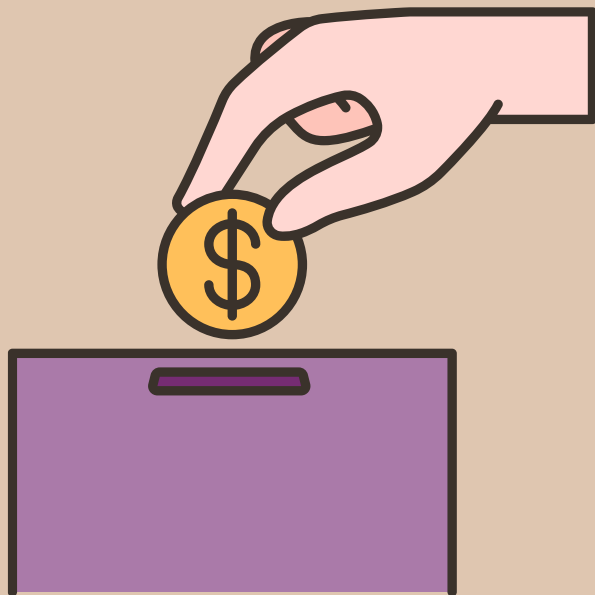
Une fois l'affiliation effectuée, un e-mail de confirmation sera adressé à l'assuré (avec le récapitulatif des informations saisies) et un courriel de confirmation sera adressé à votre service paie/RH pour validation de l'affiliation.

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

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

Paielement des cotisations

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

CODE	LIBELLÉ	BASE ou NOMBRE	TAUX	MONTANT	COTISATIONS PATRONALES	
					TAUX	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					



Le déploiement

Le déploiement

DES RENDEZ-VOUS POUR LES COLLECTIVITÉS

Du 30/06 au 04/07
2025



Le déploiement

DES RENDEZ-VOUS POUR LES AGENTS

A partir de
septembre 2025



Le CDG
communique !

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



Foire aux questions

Contacts



Julien Brocart

05 63 60 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

INTERLOCUTEURS RESSOURCES HUMAINES

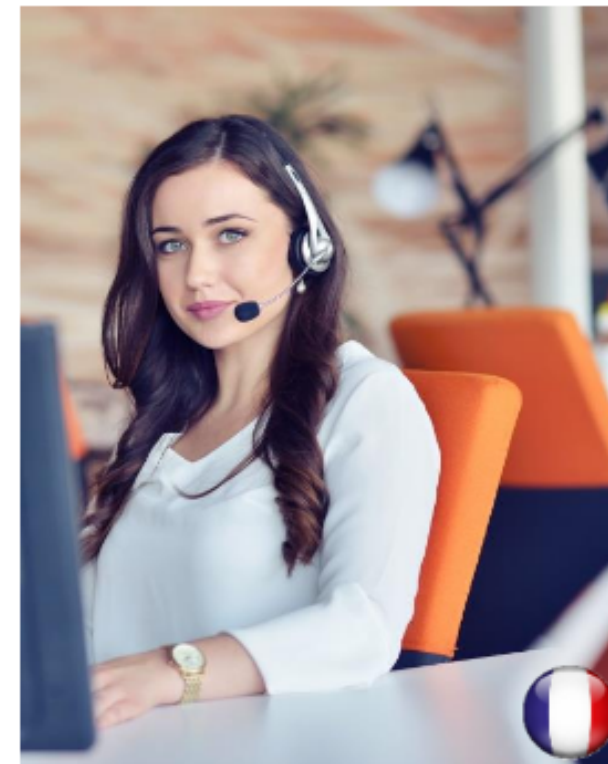
RELATION CLIENT
Tél. 03 52.62.65.62
Mail relationclient@reims.collecteam.fr

SERVICE QUALITE
Tél. 03 26 61 24 73
Mail 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.

Rentrée de septembre : Vos rendez-vous à ne pas rater !

Forum RETRAITE
A destination des actifs



UNIVERSITE DU CDG



Forum RETRAITE

Fonction Publique Territoriale

9 SEPTEMBRE 2025

>> S'INFORMER POUR BIEN S'Y PRÉPARER ! <<

CARMAUX
Salle F. Mitterrand

9h-12h30 et 13h30-17h

Programme

Stands d'information, échanges personnalisés

10h-12h30 : Conférences « **volet privé** » avec la CARSAT, l'AGIRC-ARRCO et l'IRCANTEC

13h30-14h15 : Présentation de **France Services**

14h30-16h30 : Conférence « **volet public** » avec la CNRACL

Pour qui ?

agents publics nés avant le 31.12.1965
(fonctionnaires ou contractuels)



Inscription



Restauration
food truck
sur place le midi

9^{ème} édition

L'UNIVERSITÉ DU CDG⁸¹

Jeudi 25 septembre 2025

10h30-12h30 | Parc Expo d'Albi

Dans le cadre du 3^{ème} Salon des Maires,
des élus locaux et des décideurs publics du Tarn



IA

Intelligence artificielle :
pour qui, pourquoi,
comment ?

Une conférence **interactive** animée par **Thomas Solignac**,
entrepreneur, conférencier et expert en intelligence
artificielle.

INSCRIPTION

Centre de gestion de la F.P.T. du Tarn



Programme

10h30

Accueil des participants.

10h45

Ouverture par Sylvian Cals,
Président du Centre de gestion du Tarn

11h - 12h30

Conférence « Intelligence artificielle :
pour qui, pourquoi, comment? »
animée par Thomas Solignac

Venez expérimenter et échanger
avec Thomas Solignac lors de cette conférence interactive !

- Qu'est-ce que l'intelligence artificielle exactement ?
- Quel est son fonctionnement ?
- Comment s'applique-t-elle aux besoins des collectivités ?
 - Quelles sont ses limites ?
- Comment va-t-elle évoluer dans les années à venir ?

12h30

Apéritif

Inscription
Université



Thomas Solignac est spécialisé en intelligence artificielle et innovation.
Conférencier, ses interventions s'articulent autour de sujets
technologiques selon une approche orientée vers les sciences humaines.
Il enseigne sur ces différents sujets au sein d'écoles supérieures.
Son parcours a d'ores et déjà été jalonné de plusieurs récompenses !