Centre De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

collecteam

Protection sociale complémentaire

LA SANTÉ

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

Distinguer les régimes d'assurance

L'ASSURANCE STATUTAIRE

Les collectivités territoriales assument la charge de la protection sociale des agents (notamment en cas d'accident du travail, de maladie ou encore de congés maternité) en continuant de verser la rémunération en cas d'incapacité physique.
Ce maintien de rémunération est encadré par le statut et peut représente un coût important pour l'employeur public.

L'assurance statutaire est souscrite par la collectivité et couvre la collectivité.

Lien vers la page internet

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

La PSC couvre les risques ou évènements ayant pour conséquence une perte de revenu liée à un passage à demi-traitement ou une invalidité (prévoyance) ou bien complète les remboursements de la sécurité sociale (santé).

La protection sociale complémentaire est souscrite par l'agent et couvre l'agent.

Lien vers la page internet

La Protection Sociale : un volet double

La prévoyance

2025

La santé

2026

La complémentaire santé : Kezako ?

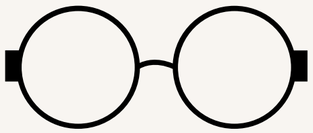
Elle permet de **compléter en totalité ou partiellement le remboursement de l'Assurance maladie** (Sécurité sociale). Elle rembourse alors les frais restant à charge en fonction du contrat choisi. Certains contrats permettent un remboursement des prestations non prises en charge par la Sécurité sociale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

MEDECINE

HOSPITALISATION

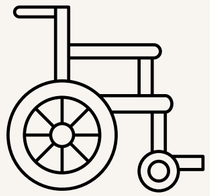
MÉDICAMENTS

SOINS DENTAIRES

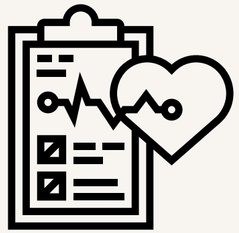


OPTIQUE

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

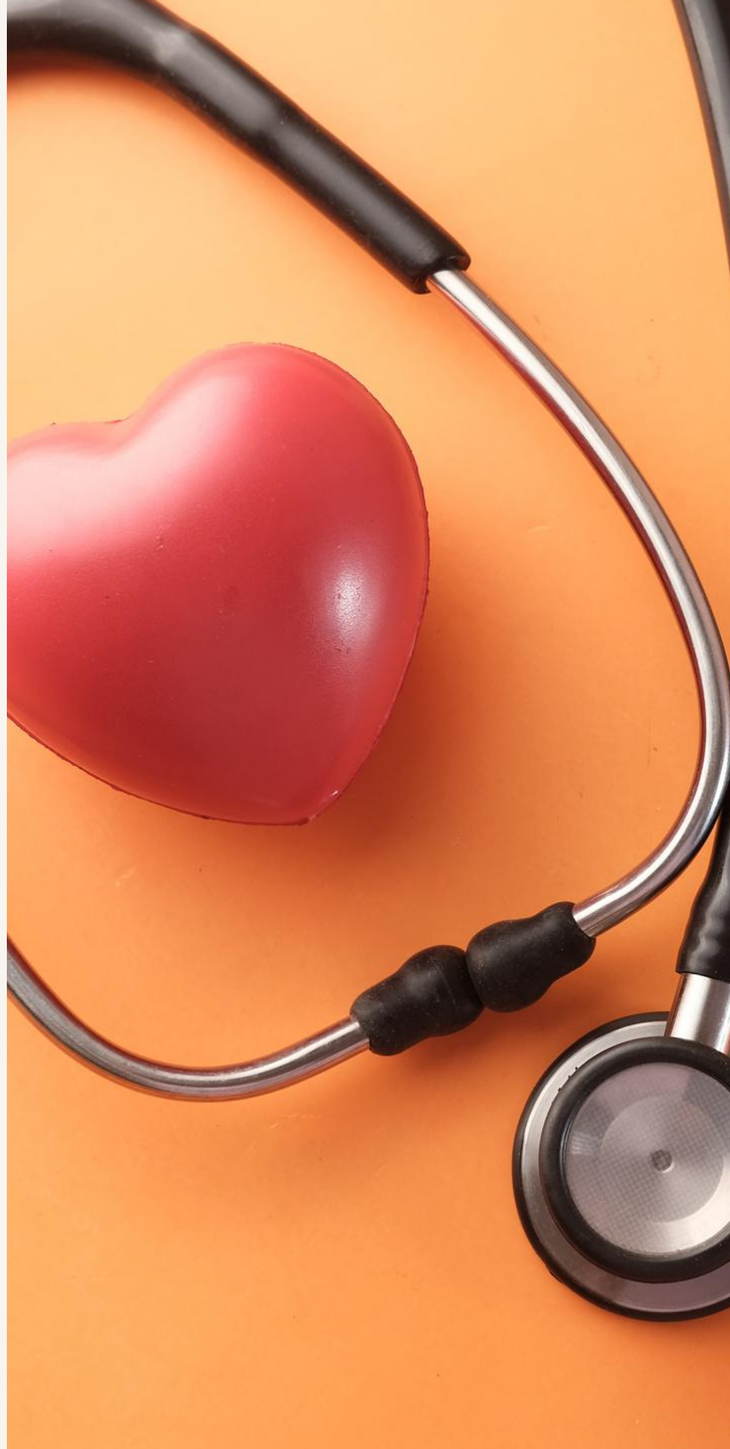
Des remboursements supplémentaires peuvent être proposées concernant des prestations non prises en charges par l'Assurance Maladie (Pose d'un implant, chirurgie de l'oeil, homéopathie etc.)

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** (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.

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

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

70%
SOIT 19€

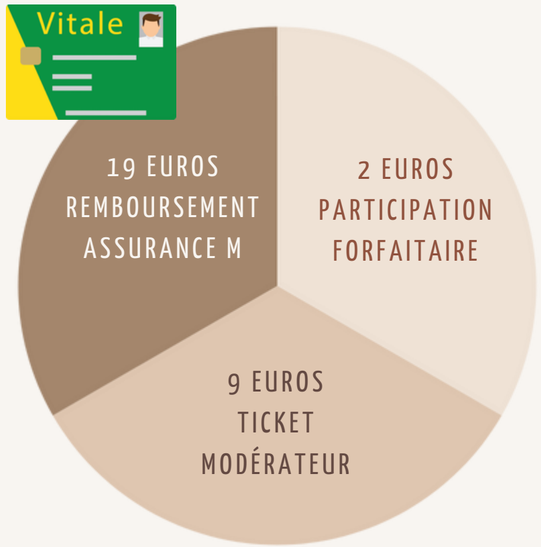
Une **participation forfaitaire de 2 € est demandée** (déduit du remboursement) à charge du patient.

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**.

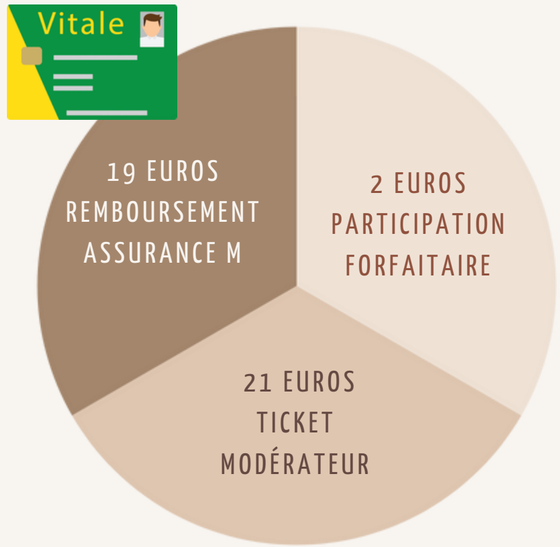
RESTE À CHARGE
9 €

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€**



JE SUIS ASSURÉ **100% BRSS** EN CONSULTATION PAR MA MUTUELLE

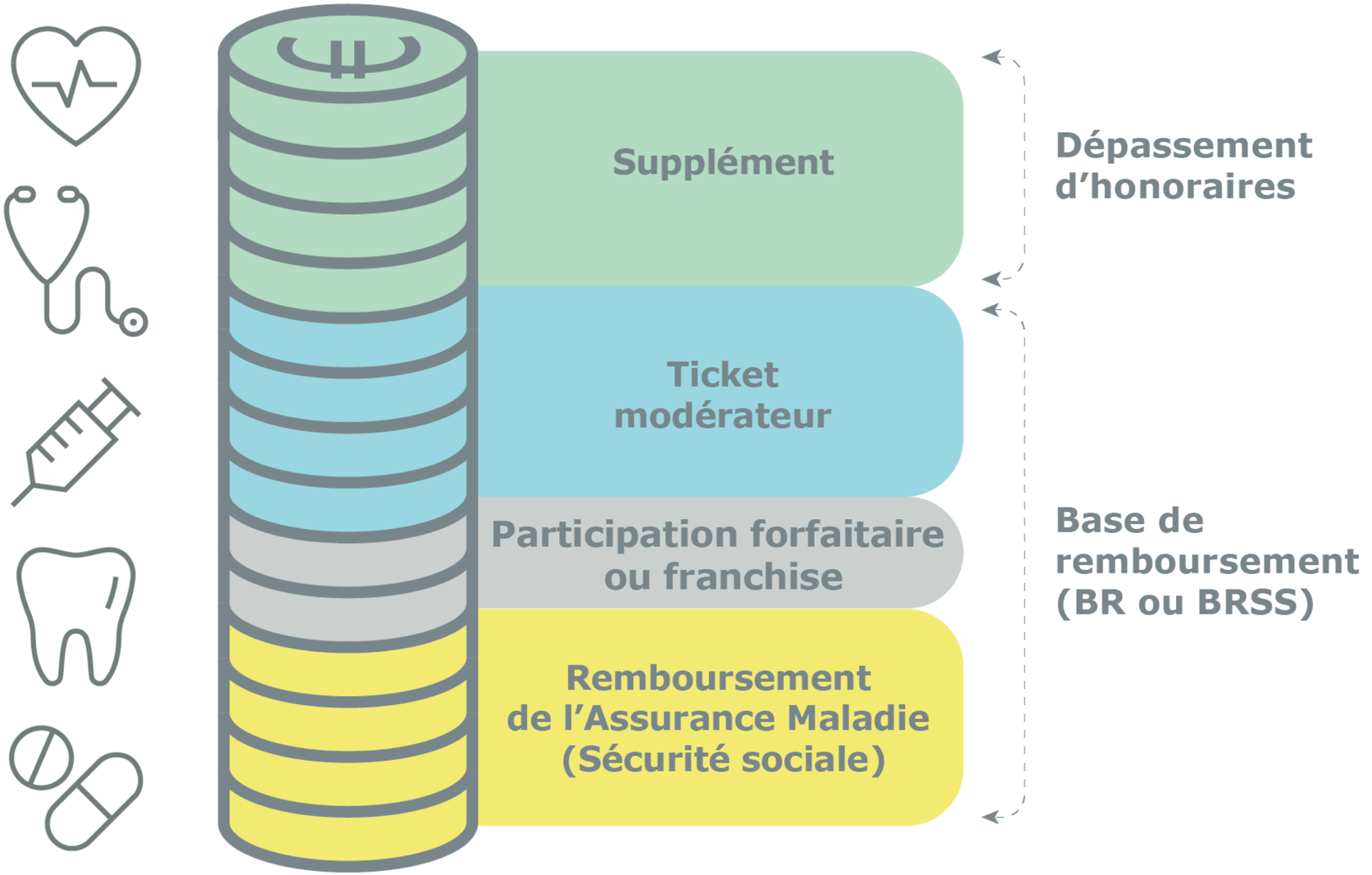
100% du BRSS = 30E
Ma mutuelle me rembourse 9 euros
Mon reste à charge : 0 + PF

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

Autrement dit…



2 La réglementation

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.

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 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°

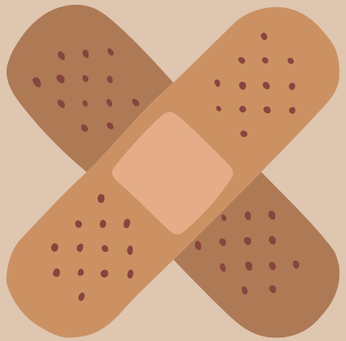
Les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les **soins dentaires prothétiques ou d’orthopédie dentofaciale** et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement.

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

TICKET MODÉRATEUR

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)

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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

DENTAIRE

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

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 :

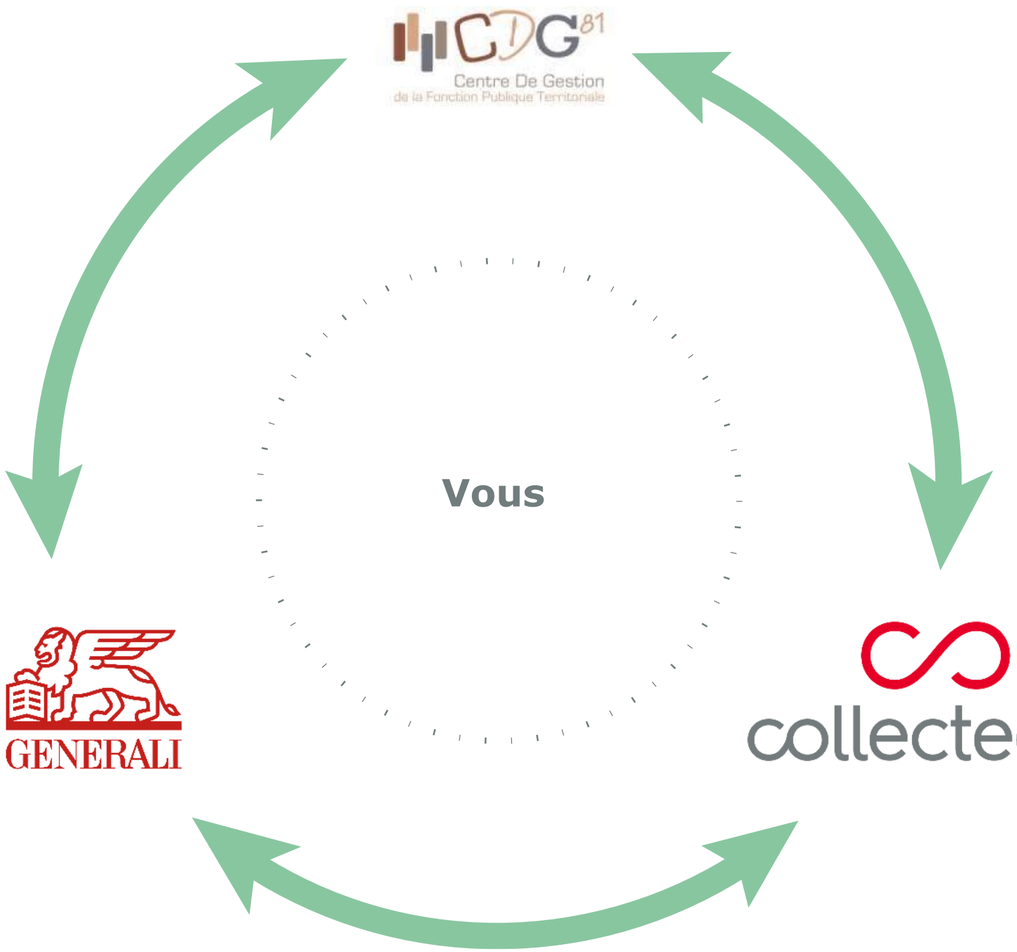
“Le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 impose que les régimes sociaux complémentaires proposés aux agents de la fonction publique territoriale intègrent des moyens destinés à assurer une couverture effective des plus âgés et des plus exposés aux risques.
C’est pourquoi, nous mettons en œuvre dès l’adhésion 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.”

collecteam

LES MEMBRES DU GROUPEMENT

COMPLEMENTAIRE SANTE

LES MEMBRES DU GROUPEMENT – RISQUE SANTE



Porteur du risque

Conseil et gestionnaire

Interlocuteur privilégié
du CDG et des collectivités

VOS INTERLOCUTEURS DÉDIÉS
NOTRE CENTRE DE RELATION CLIENTS

Rizlaine BOULEGROUNE

Responsable de Pôle Réception
d'Appels Collectivités

02 36 56 00 02 - crc@collecteam.fr

Les équipes de Collecteam se chargeront de répondre à l'ensemble des questions :

- Explication des garanties
- Simulation/comparaison entre le contrat collectif et le contrat individuel
- Calcul du montant de cotisation
- Accompagnement dans la résiliation de contrat individuel

4 agents sur 5
pleinement satisfaits à l'issue de l'appel

4 minutes 57
durée moyenne d'un appel

97 %
taux de décroché en 2023

moins d'une minute
temps moyen d'attente
un rappel dans la journée en cas de forte affluence

120 000 appels
traités chaque année

collecteam

collecteam

LA CONVENTION DE PARTICIPATION COMPLEMENTAIRE SANTE

AVANTAGES
DU RÉGIME COLLECTIF

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

Application immédiate des tarifs afférents

L'agent actuellement retraité ne pourra pas souscrire

collecteam

LA CONVENTION DE PARTICIPATION COMPLEMENTAIRE SANTE

PRÉSENTATION **DES GARANTIES**

GARANTIES ACTES COURANTS

GARANTIES		PRESTATIONS (1)		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
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
	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.

ACTES COURANTS – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraire libre (non adhérent à l'OPTAM)	60,00 €	**6,90 €**	**39,00 €**	**13,80 €**	**32,10 €**	**25,30 €**	**20,60 €**
Acte d'imagerie médicale par IRM, praticien adhérent à l'OPTAM	120,00 €	**19,70 €**	**53,00 €**	**54,20 €**	**18,50 €**	**70,70 €**	**2,00 €**

LE MEILLEUR PRESTATAIRE TIERS-PAYANT

Sp santé

Remboursements télétransmis

en temps réel

collecteam

GARANTIES HOSPITALISATION

GARANTIES	PRESTATIONS (1)		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
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 €

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

HOSPITALISATION – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué/constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Chambre particulière (par jour)	61,00 €	**0,00 €**	**61,00 €**	**60,00 €**	**1,00 €**	**61,00 €**	**0,00 €**
Honoraire du chirurgien non adhérent à l'OPTAM CO (pose d'un stent)	1 032,51 €	**24,00 €**	**719,01 €**	**180,75 €**	**562,26 €**	**337,50 €**	**405,51 €**

Prises en charge hospitalières

à réception

Sp santé

93 % des hôpitaux publics
89 % des hôpitaux privés

collecteam

GARANTIES OPTIQUE

GARANTIES	PRESTATIONS (1)		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
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 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.

OPTIQUE – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

		Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué / constaté ou tarif réglementé (1)	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Deux verres simples + monture 100% santé	95,00 €	**77,30 €**	**0,00 €**	**77,30 €**	**0,00 €**	**77,30 €**	**0,00 €**
Deux verres simples + monture hors 100% santé**	400,00 €	**100 €**	**300 €**	**230 €**	**170 €**	**300 €**	**100 €**

Devis Optiques

en temps réel

Sp santé

96 % des opticiens

collecteam

GARANTIES DENTAIRE

GARANTIES		PRESTATIONS (1)		
		Régime de base	Régime 2	Régime 3
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 - *Forfait par an et par bénéficiaire*		-	500 €	800 €
Parodontologie non remboursée - par an		-	250 €	350 €
Implantologie *(par an)*		-	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.

collecteam

DENTAIRE – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Sécurité sociale incluse	Prix moyen pratiqué / constaté ou tarif réglementé*	Régime de Base		Régime 2		Régime 3	
		Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge	Remboursement complémentaire	Reste à charge
Pose d'une prothèse dentaire fixe - PANIER "100% Santé"	544,00 €	**376,30 €**	**0,00 €**	**376,30 €**	**0,00 €**	**376,30 €**	**0,00 €**
Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométalique sur une molaire (PANIER TARIFS LIBRE)	667,54 €	**78,00 €**	**517,54 €**	**168,00 €**	**427,54 €**	**348,00 €**	**247,54 €**
Orthodontie (-16 ans)	616,30 €	**48,38 €**	**374,43 €**	**193,50 €**	**229,30 €**	**422,80 €**	**0,00 €**

Devis dentaires

en temps réel

Traitement manuel des factures

48 heures

collecteam

GARANTIES AUDIOLOGIE

GARANTIES	PRESTATIONS (1)		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
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 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

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

collecteam

GARANTIES AUTRES

GARANTIES	PRESTATIONS (1)		
	Régime de base	Régime 2	Régime 3
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale : Honoraires et frais de séjour (par an et par bénéficiaire) (3)	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €
Médecine non conventionnelle (Acupuncteurs, chiropracteurs, ostéopathes, homéopathe, microkinésithéraphie, étiopathie, diététicien, psychologue hors dispositif "mon psy", psychomotricien, ergothérapeuthe, pédicure-podologue, naturopathe, sophrologue, reconstruction posturale méthode Mézières, kynésiologue, hypnose) (par an et par bénéficiaire) (4)	-	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

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

Retraités	Régime de base	Régime 2	Régime 3
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
Isolé	**24,50 €**	60 €	85 €
Duo	**58 €**	123 €	170 €
Famille	**90 €**	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
Isolé	**14,50 €**	50 €	75 €
Duo	**48 €**	113 €	160 €
Famille	**80 €**	170 €	240 €

collecteam

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 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**

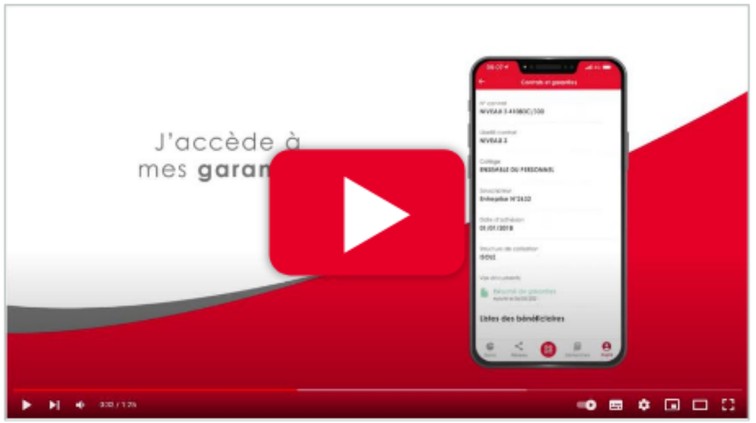
Délai de traitement des prestations frais de santé

- 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**

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.

collecteam

VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER

DISPONIBLE AUSSI EN APPLICATION MOBILE !

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 professionel 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**.

collecteam

VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER

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.

collecteam
VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER

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

1

JE DÉCIDE SI J'OPTE POUR LA LABELLISATION OU POUR LA CONVENTION DE PARTICIPATION

2

JE FIXE LES MODALITÉS DE LA PARTICIPATION EMPLOYEUR

3

JE SAISIS LE COMITE SOCIAL TERRITORIAL (CST)POUR AVIS

4

JE PRENDS UNE DÉLIBÉRATION D'ADHÉSION

5

JE SIGNE LA CONVENTION DE GESTION

6

MES AGENTS PEUVENT ADHÉRER

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.

Fixer la participation

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.

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

Situation familiale / Revenus	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

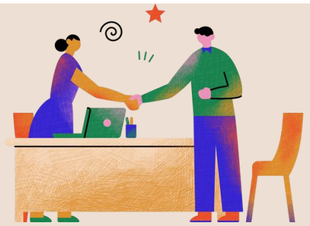
Dans cet exemple, le montant de participation est modulé selon les deux critères retenus par les textes règlementaires incluant :

- 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 démocratisée** 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 sinistra-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**

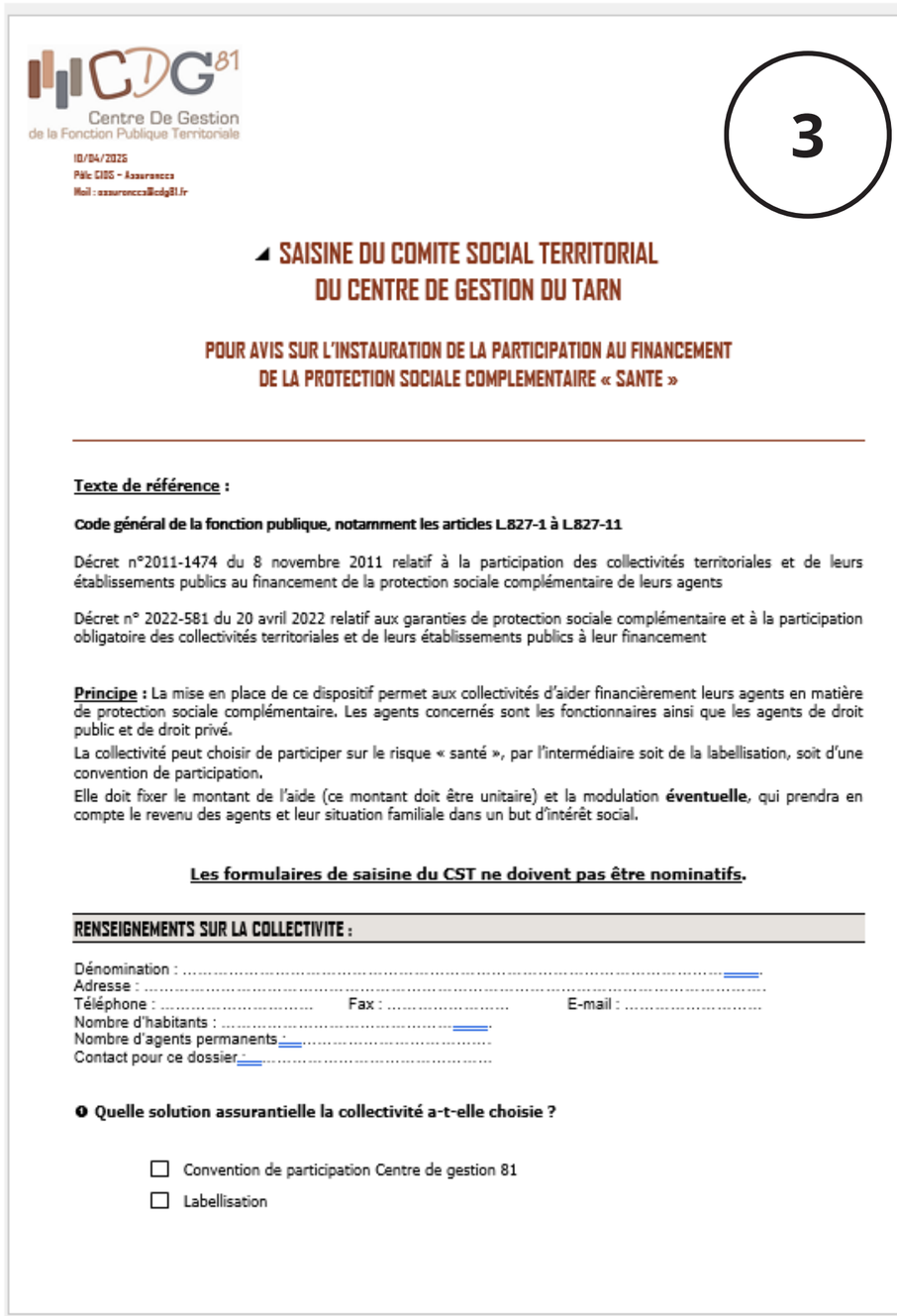
La saisine du CST

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 !



CDG 81
Centre De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale
10/04/2025
Pôle CIRS – Assurances
Mail : assurances@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 : .....

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

☐ Convention de participation Centre de gestion 81
☐ Labellisation

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

.....€ brut (montant mensuel)

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

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

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

❹ **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**

Sylvian 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

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 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 .....€

4

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 1er 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.

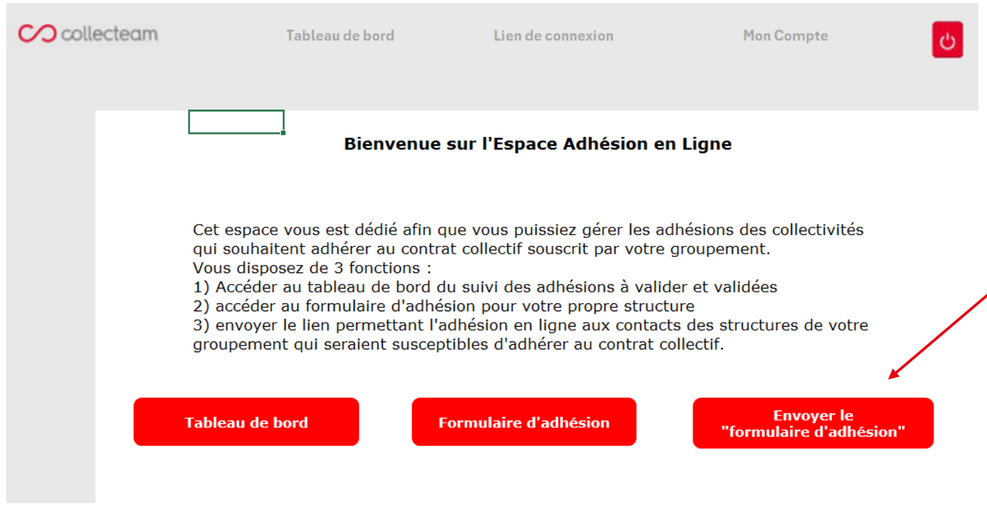
TÉLÉCHARGEZ VOTRE MODÈLE ICI !

collecteam

L’ADHESION AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

L’ADHESION DE LA COLLECTIVITE

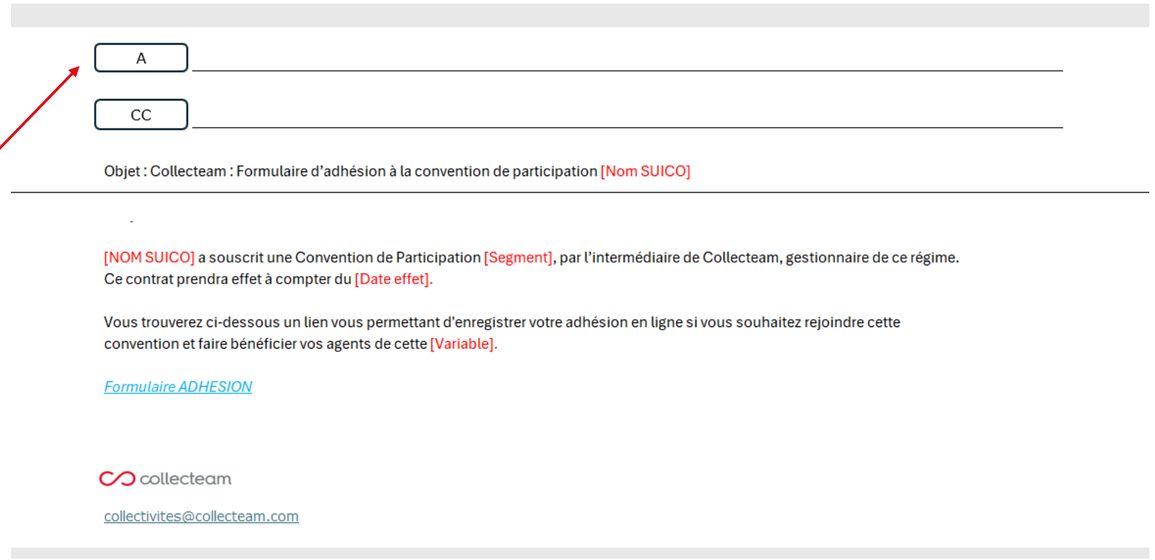
COMMENT ÇA FONCTIONNE ?



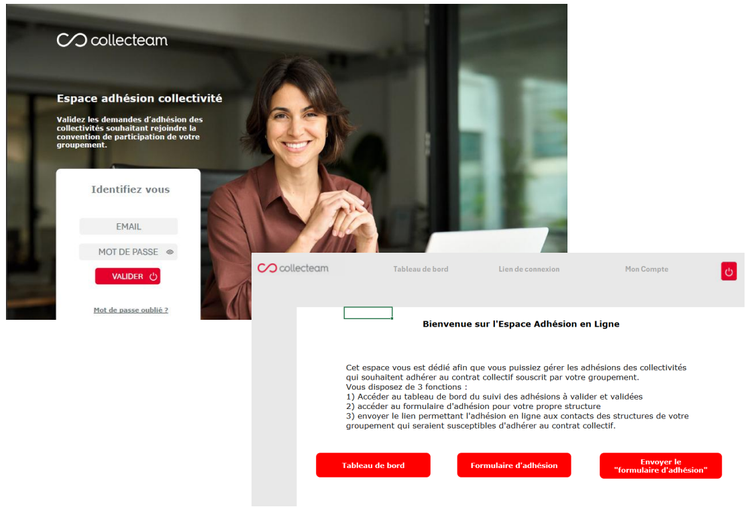
En cliquant sur le bouton « Envoyer le formulaire d'adhésion ».

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.

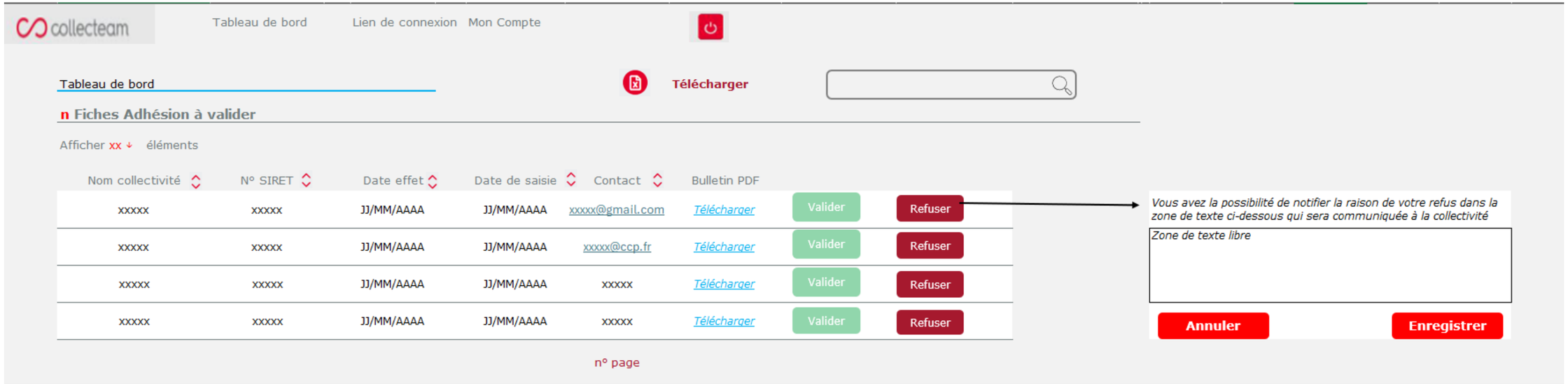


LE TABLEAU DE BORD DE L'ESPACE CDG



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

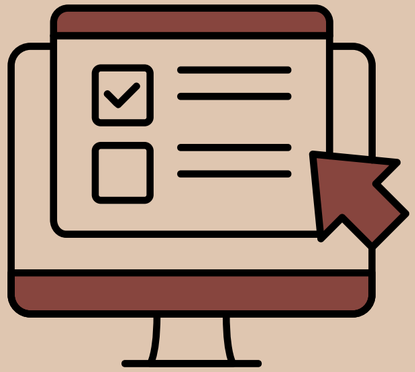


collecteam

L’ADHESION AU REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE

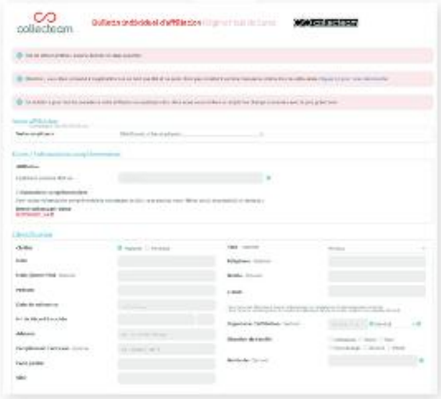
L’ADHESION DE L’AGENT

L’adhésion de l’agent Toujours facultative



6

collecteam
VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER
VOUS PROTÉGER



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

collecteam

www.collecteam.fr

© Collecteam 2024 - Société de courtage en assurances - 13 rue Croquechâtaigne - BP 30084 45380 La-Chapelle-Saint-Mesmin FR - SA au capital de 7 005 000€ - SIREN 422 093 917 RCS Orléans - N°ORIAS 07 005 995 - https://orias.fr -Article L 520-1 II.b du Code des assurances (liste des Compagnies d’assurance disponible sur notre site Internet) Soumis au contrôle de l’ACPR - 4 place de Budapest - CS92454 - 75436 Paris Cedex 09 Service réclamation : qualite@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)

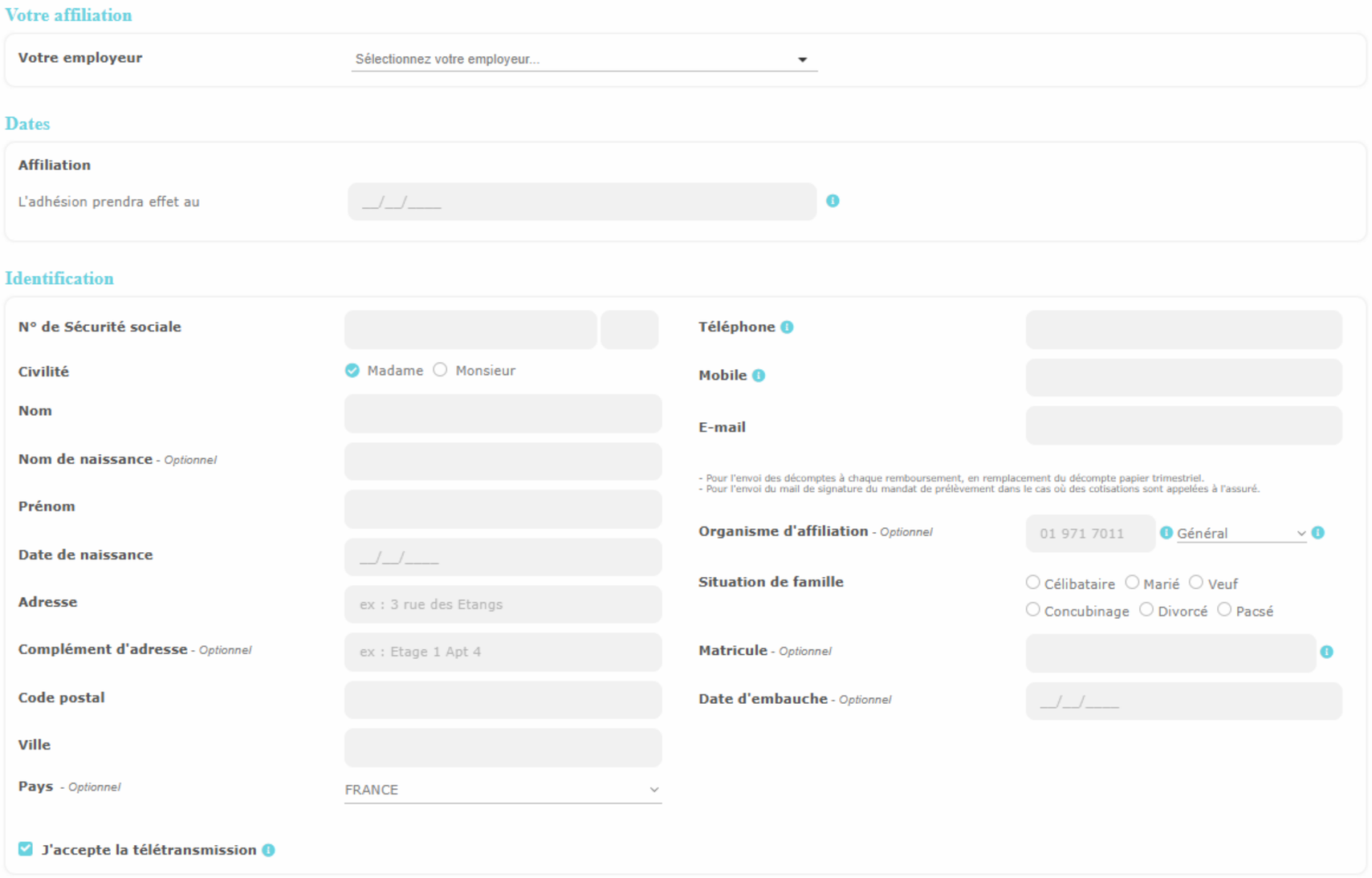
Une fois l’affiliation effectuée, un e-mail de confirmation sera adressé à l’assuré (avec le récapitulatif des informations saisies) et un courriel de confirmation sera adressé à votre service paie/RH pour validation de l’affiliation.

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 — Sélectionnez votre employeur...

Dates

Affiliation

L'adhésion prendra effet au — __/__/____

Identification

N° de Sécurité sociale

Civilité — Madame / Monsieur

Nom

Nom de naissance - Optionnel

Prénom

Date de naissance — __/__/____

Adresse — ex : 3 rue des Etangs

Complément d'adresse - Optionnel — ex : Etage 1 Apt 4

Code postal

Ville

Pays - Optionnel — FRANCE

J'accepte la télétransmission

Téléphone

Mobile

E-mail

- 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.

Organisme d'affiliation - Optionnel — 01 971 7011 — Général

Situation de famille — Célibataire / Marié / Veuf / Concubinage / Divorcé / Pacsé

Matricule - Optionnel

Date d'embauche - Optionnel — __/__/____

INFORMATIONS À RENSEIGNER

Choisir son niveau de garanties

Numéros sur l'attestation de sécurité sociale

Coordonnées bancaires

collecteam

COMMENT ADHERER AU CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE ?

L’agent n’a aucun contrat complémentaire santé

Cliquer sur le bouton

Affiliation en ligne

> **L’agent doit renseigner son adhésion en ligne et la valider**

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 par l'agent, à envoyer avant le 31 octobre 2013

NOM
Prénom
Adresse

Société d'assurances.....
.....
Adresse.....
.....
.....

Lettre Recommandée avec A.R.

Orléans, le :

Objet : Résiliation complémentaire santé et / ou prévoyance [1]

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 [1] n° _____ à effet du 31.12.2013 minuit.

Dans ce cadre, pour la mutuelle, je vous prie de bien vouloir interrompre au 31.12.2013 minuit les télétransmissions entre la Caisse Primaire 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

[1] Merci de rayer la mention inutile le cas échéant

collecteam

Les frais de gestion du CDG

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	
					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					

5 Le déploiement

DES RENDEZ-VOUS POUR LES COLLECTIVITÉS

30 JUIN 2025

Communauté de communes Mont d'Alban et Villefranchois

Salle "Rez de Jardin"
Maison des services d'Alban

14H00

01 JUILLET 2025

Communauté de communes Haut Languedoc

Au sein des locaux

10H00

02 JUILLET 2025

Communauté de communes Centre Tarn

Salle de conférence
2 BIS BD Carnot - Réalmont

10H00

03 JUILLET 2025

Mairie de Gaillac

Salle du conseil municipal

10H00

01 JUILLET 2025

Communauté de communes Sidobre Vals et Plateaux

Salle du conseil communautaire

13H30

02 JUILLET 2025

Communauté de communes Tarn-Agout

Salle de conférence

13H30

03 JUILLET 2025

Communauté de communes du Cordais et du Causse

Salle du conseil communautaire

13H30

04 JUILLET 2025

Communauté de communes Val 81

Au sein des locaux

10H00

01 JUILLET 2025

Mairie du Bout du Pont de l'Arn

Annexe MJC
Salle Polyvalente

16H00

02 JUILLET 2025

Communauté de communes Sor et Agout

Amphithéâtre

16H00

03 JUILLET 2025

Commune de Carmaux

Salle du conseil municipal

16H00

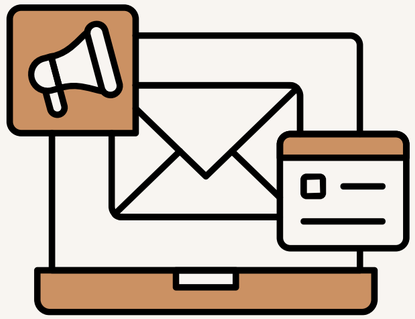
DES RENDEZ-VOUS POUR LES AGENTS

A partir de novembre 2025

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

Le CDG communique !

RESTEZ VIGILENT



[NEWSLETTER]

6 Foire aux questions

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 COLLECTEAM			MON CONTRAT ACTUEL	COMPARAISON AVEC
	ISOLE				
	SOCLE	RENFORT 1	RENFORT 2	Saisir vos garanties ci-dessous	SOCLE
ACTES COURANTS					
Consultation Généraliste / OPTAM	100%	150%	200%		N/C
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
HOSPITALISATION					
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 psychatrie) - Par nuit et par bénéficiaire		60	90		N/C
Chambre ambulatoire (par jour)		30	60		N/C
DENTAIRE					
Prthèses 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	800		N/C
Parodontologie non remboursée - par an		250	350		N/C
Implantologie (par an)		500	900		N/C
OPTIQUE					
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
PRIX DU CONTRAT (En euros)	**39,5**	**75**	**100**		

INSTRUCTIONS

Modifier la formule retenue avec le menu déroulant de la cellule B2
Modifier la colonne de comparaison avec le menu déroulant de la cellule F2

(Cliquer sur la cellule et utiliser le menu contextuel)

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).

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.

Cependant, elle vous présentera un **premier niveau de lecture dont l'analyse pourra contribuer à dégager une offre plus couvrante.**

NB : Si deux éléments ne peuvent être comparés, laisser la cellule vide.

Collecteam est plus avantageux
Niveau de garantie identique
Collecteam est moins avantageux

Contact

Centre De Gestion
de la Fonction Publique Territoriale

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

collecteam

INTERLOCUTEURS SALARIES

CENTRE DE GESTION SANTE
Tél. 03 26 48 49 60
Mail adhesion@reims.collecteam.fr

INTERLOCUTEURS RESSOURCES HUMAINES

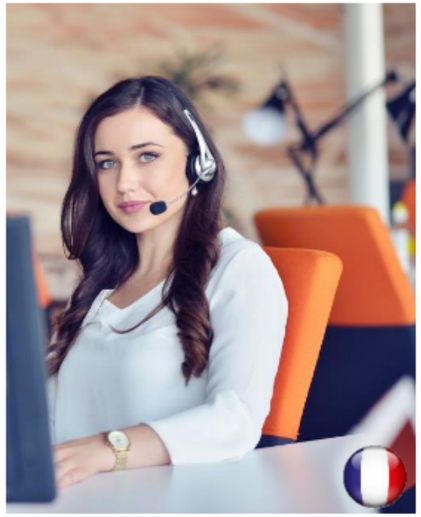
RELATION CLIENT
Tél. 03 52.62.65.62
Mail relationclient@reims.collecteam.fr

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.