



APPEL D'OFFRES 2023

CAHIER DES CHARGES SANTE / PREVOYANCE

CADRE GENERAL DE LA CONSULTATION

La Fondation l'Élan Retrouvé est adhérente de la FEHAP et régies par la Convention Collective Nationale 51.

Le présent cahier des charges a pour but de décrire les caractéristiques des contrats recherchés.

Marché :

1 : REGIME DE COMPLEMENTAIRE SANTE COLLECTIVE

2 : PREVOYANCE d'ENTREPRISE

La durée des contrats est de 3 ans, soit du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2026 inclus moyennant, dans le cadre de la faculté de résiliation annuelle, le respect d'un préavis de quatre mois pour le Souscripteur et six mois pour l'Assureur, à compter de la date d'échéance annuelle du contrat.

Le contrat pourra être renouvelé une fois pour une période de 3 ans. Les conditions de résiliation annuelle, pour chacune des parties s'appliquent également durant le renouvellement dudit contrat.

COMPLEMENTAIRE SANTE :

Tous les employeurs du secteur privé ont l'obligation de fournir une mutuelle de santé collective à leurs salariés, et participer au moins à hauteur de 50 % du prix des cotisations.

Conformément à la loi de sécurisation, et à la signature de l'avenant FEHAP 2015-01 du 27 janvier 2015 relatif à la généralisation de la couverture des frais de santé, un régime de complémentaire santé à adhésion obligatoire, Confer :

Additif N°5 Du 7 juillet 2022

Le présent appel d'offres porte sur la recherche d'un organisme de complémentaire santé à compter du 1er janvier 2024.



Le présent contrat groupe à adhésion obligatoire permet à l'ensemble du personnel de bénéficier de la protection sociale complémentaire en matière de santé (frais médicaux, chirurgicaux et hospitalisation).

PREVOYANCE :

La prévoyance d'entreprise offre aux salariés une protection en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. Ils bénéficient ainsi d'un maintien de leur salaire.

Le contrat a pour objet d'assurer le personnel salarié affilié à la Sécurité sociale, appartenant à la catégorie visée à l'article 3 et répondant aux conditions visées au paragraphe 5.1, pour les garanties suivantes :

- DECES,
- RENTE EDUCATION,
- RENTE DE CONJOINT,
- DECES ACCIDENTEL.
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.

Le présent appel d'offres porte sur la recherche d'un organisme de complémentaire santé à compter du 1er janvier 2024.

LOTISSEMENT :

Il est souhaité à des fins de consolidation que les lots ne soient pas distincts. La dévolution en lots séparés est de nature à rendre techniquement difficile ou financièrement plus coûteuse l'exécution des prestations.

CLAUSE DE CONFIDENTIALITE

Les organismes s'engagent à une totale confidentialité sur l'ensemble des informations obtenues au sein de cet appel d'offres et de tout élément écrit ou oral obtenu dans ce cadre. Ces informations ne doivent pas être diffusées à l'extérieur, ni utilisées à d'autres fins

Enfin, il relève de la responsabilité de l'assureur de prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité de ces informations, en conformité avec le RGPD.

AUTRES CLAUSES

L'Assureur déclare avoir eu connaissance de tout renseignement nécessaire à une juste appréciation des risques et accepte de les garantir aux seules conditions stipulées au présent marché.

L'ATTENTION DU CANDIDAT EST ATTIREE SUR LE FAIT QUE, CERTAINES REFORMES DE L'ASSURANCE SANTE ETANT ENCORE EN COURS, L'ASSURE DEVRA SE CONFORMER A TOUTES LES DISPOSITIONS LEGALES Y COMPRIS SI CES DISPOSITIONS NE SONT PAS REPRISES DANS CE CAHIER DES CHARGES.

PRESENTATION DE LA FONDATION ELAN RETROUVE

La Fondation l'Élan Retrouvé, Reconnue d'Utilité Publique par décret du 17 août 2016, gère des établissements de soins en santé mentale.

La Fondation l'Élan Retrouvé est un acteur engagé pour la consolidation de la présence du secteur privé à but non lucratif dans le domaine de la psychiatrie, des addictions, des troubles du spectre de l'autisme et de la santé mentale. Elle représente une des plus importantes institutions du secteur privé à but non lucratif dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale en Île-de-France. La Fondation l'Élan Retrouvé accueille dans ses établissements sanitaires des enfants, adolescents et adultes. Elle est présente à Paris, dans les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, les Yvelines et l'Indre-et-Loire.

La Fondation l'Élan Retrouvé compte :

- 677 salariés en effectif physique au 31/12/2022
- moyenne d'âge de 43 ans.

Éléments démographiques des adhérents à la mutuelle au 31/12/2023 :

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 25 ans	12	20	32
25 à 34 ans	50	100	150
35 à 44 ans	45	90	135
45 à 54 ans	41	75	116
55 à 59 ans	16	29	45
60 à 65 ans	19	28	47
66 ans et plus	13	9	22
	196	351	547

En annexes : résultats d'exercice des 3 dernières années le nombre de personnes assurées et la marge de solvabilité de l'organisme.

1 AO COMPLEMENTAIRE SANTE

PRESENTATION DE L'ORGANISME

Le soumissionnaire présentera son organisme et ses pratiques :

LES MOYENS HUMAINS ET ADMINISTRATIFS ET NOTAMMENT :

- la gestion des adhésions (bulletin, supports et méthodes de communication, le délai moyen de remboursement des prestations par télétransmission) ;
- le système de gestion et de suivi des contrats par le service des ressources humaines et paie (plateforme internet et mobile) ;
- Informations générales sur l'organisme ;
- le système de tiers payant, la couverture, les domaines couverts, le délai d'envoi de la carte... ;
- le réseau partenaire ou accords spécifiques ;
- la plateforme téléphonique, est-elle située en France, coût de l'appel, plages horaires... ;
- la description des prises en charge hospitalières ;
- les moyens et délai de traitement des devis, prise en charge divers (dentaire, optique) ... ;
- la gestion de la relation clientèle, l'accueil, les outils, le niveau de satisfaction ; les dispositifs d'accueil physique ;
- mode de bilan, rapport annuel reporting...

Le soumissionnaire s'engage à présenter ses résultats d'exercice des 3 dernières années le nombre de personnes assurées et la marge de solvabilité de l'organisme.

CERTIFICATION

Les organismes indiquent s'ils sont certifiés, en transmettant les résultats (réserves, recommandations) et dans le cas contraire ils en précisent les raisons principales et les solutions alternatives internes.

REFERENCE CLIENT

La liste des références clients sera fournie, avec si possible, le nom de deux interlocuteurs, dans des entreprises différentes pouvant être contacté.

CONDITIONS D'ACCES AU REGIME

LES SALARIES

Conformément à la loi, le régime de base frais de santé est à caractère obligatoire pour tous les salariés.

Le bénéfice des garanties est à effet immédiat à la date de l'adhésion.

L'adhésion ne peut intervenir qu'au per de chaque mois et le montant de la cotisation n'est pas proratisée en fonction de la date d'entrée du salarié dans l'entreprise. Tout salarié entrant dans les effectifs de la Fondation

l'Élan retrouvé le 15 du mois en cours, bénéficiera des garanties le mois suivant. A contrario, tout salarié entrant dans les effectifs de la Fondation l'Élan retrouvé avant le 15 du mois en cours pourra bénéficier des garanties sur ce même mois.

L'adhésion n'est pas obligatoire dans les cas suivants, sous réserve de le justifier par déclaration sur l'honneur :

- Pour les salariés sous contrat à durée déterminée et les apprentis toutefois, dès lors que la durée de leur contrat est supérieure à douze mois ils devront justifier d'une couverture à titre individuel ;
- Pour les salariés à temps partiels pour lesquels le paiement de la couverture serait au moins égal à 10% de leur rémunération brute ;
- Pour les salariés bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ;
- Pour les salariés bénéficiaires d'une couverture des frais de santé à titre individuel jusqu'à l'échéance du contrat individuel à savoir la date d'anniversaire du contrat ;
- Pour les salariés qui ne bénéficient pas ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droits, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de protection sociale complémentaire présentant un caractère collectif et obligatoire, sous réserve de le justifier chaque année. **Attention seuls les contrats couvrant à titre obligatoire permettent de bénéficier de ce cas de dispense ;**
- Pour les salariés à temps partiel multi employeurs, ceux-ci sont obligés d'adhérer au contrat de l'employeur, sauf s'ils bénéficient d'une couverture collective obligatoire par ailleurs. Dans l'hypothèse où le salarié bénéficie de plusieurs mutuelles d'entreprises obligatoires, il a la possibilité de choisir le contrat qui lui convient le mieux.

Dans ce cas, c'est au salarié de demander par écrit la dispense d'affiliation dans un délai de quinze jours.

AYANTS-DROITS

Les garanties sont accordées aux salariés et devront avoir la faculté de faire adhérer à titre facultatif les membres de leur famille tels que définis ci-dessous :

- Le conjoint légalement marié, le concubin ou la personne liée par P A C S à la date de l'évènement donnant lieu à prestation ;
- Les enfants ou parents à charge (au sens de la législation, y-compris les enfants handicapés fiscalement à charge) ;
- Les enfants âgés de plus de dix-huit ans et de moins de vingt-et-un ans s'ils ne se livrent à aucune activité rémunérée habituelle ;
- Les enfants âgés de plus de vingt-et-un an et de moins de vingt-six ans :
 - s'ils poursuivent leurs études secondaires ou supérieures dans un établissement public ou privé ou non ;
 - ou sont sous contrat d'apprentissage ;
 - ou accomplissent leur Service National ;



- ou sont à la recherche d'un emploi et/ou inscrits à ce titre à Pôle Emploi.

Par ailleurs, sont réputés à charge du participant, les enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer, ainsi que ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, à condition que le participant ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit d'enfants du participant, que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

- Les ascendants à charge au sens de l'article L 313-3 du Code de la Sécurité Sociale.

PORTABILITE

Le soumissionnaire devra se conformer aux règles de droit en vigueur en termes de portabilité.

Le service des ressources humaines adressera à chaque fin de mois (matrice à proposer par le soumissionnaire), la liste des salariés pouvant bénéficier de la portabilité. Ces derniers pourront bénéficier de la portabilité au lendemain de leur sortie des effectifs et ce pendant 12 mois maximum.

La portabilité sera conditionnée au temps de présence du salarié dans les effectifs et se calculera à l'arrondi supérieur.

SORTIES LOI EVIN, PERSONNEL RETRAITE ET MAINTIEN DES GARANTIES

Le contrat doit prévoir, sans condition de période probatoire ni examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats par lequel l'organisme maintient cette couverture :

- Les futures retraites pourront bénéficier du même remboursement des frais de santé que lorsqu'ils étaient salariés sans pour autant être rattachés au contrat collectif de l'entreprise, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat ;
- Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou de revenus de remplacement, s'ils sont privés d'emploi, sans limite de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail (ou la fin de leur portabilité) ;
- Les ayants droit d'un salarié décédé (pour une durée minimum de 12 mois à compter du décès) sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès.

Le soumissionnaire devra prévoir un dispositif de poursuite des garanties pour le personnel retraité, à sa charge complète. Il reviendra au soumissionnaire de définir les conditions financières de ce maintien.

Il est entendu que les consommations des retraités ne pourront pas impacter la sinistralité des actifs. Les comptes de résultat seront étudiés séparément.

SUSPENSION D'UN CONTRAT DE TRAVAIL ET MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties du contrat seront maintenues à l'ensemble des membres du personnel et aux ayants-droits, en cas de suspension du contrat de travail et à la demande de l'assuré.



Les garanties de frais de santé des régimes seront maintenues, sans participation patronale, pour congé parental d'éducation ; congé sabbatique ; congé pour création d'entreprise, congé individuel de formation ; congé d'enseignement ou de recherche; congé de solidarité internationale ; congé de présence parentale ; congé de soutien familial ; congé de solidarité familial et qui cessent de bénéficier d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées pour partie par employeur.

La cotisation est celle prévue au contrat. Le maintien de l'assurance prend fin à la date de la fin d'effet du congé.

La cotisation patronale sera assumée par le salarié concerné par une suspension de son contrat de travail et devra être payée directement au soumissionnaire.

Le soumissionnaire formulera en détails les termes de ces garanties.

PERSONNEL LICENCIÉ ET MAINTIEN DES GARANTIES

Le personnel licencié devra pouvoir bénéficier du maintien des garanties du régime de complémentaire à sa charge complète. Il reviendra au soumissionnaire de définir les conditions financières de ce maintien.

LIBERTÉ DE CHOIX

- L'inscription au contrat des ayants droit est au libre choix du salarié ;
- Les bénéficiaires sont libres dans le choix des médecins et des établissements hospitaliers ;
- Les salariés ont la possibilité de refuser leur affiliation à la couverture frais de santé s'ils peuvent se prévaloir d'un des cas de dispense d'affiliation prévu par les textes en vigueur (accord d'entreprise, DUE ou convention collective).

GARANTIES A TARIFER

LES REGIMES A TARIFER

- Le régime de base obligatoire s'applique aux affiliés ainsi qu'à leur ayant droits s'ils sont inscrits au contrat.
- L'employeur participe à 50% de la cotisation du tarif de base obligatoire, les 50% restant sont à la charge du salarié.
- La grille des garanties **minimale** est définie par le dernier additif en vigueur à la généralisation de la couverture frais de santé de la FEHAP.
- Des formules de garanties optionnelles et facultatives, financées totalement par le salarié, améliorant les remboursements et prestations du régime de base, sont proposées Le contrat proposé régimes des cotisations.
- Il est souhaité que la proposition intègre une offre de médecine douce renforcée.



La structure des régimes (solo, duo, enfant, famille) des cotisations doit être proposé. Le contrat proposé doit répondre aux obligations liées à la notion de contrat responsable. Des actions de solidarités mises en place par l'organisme (actions de préventions de santé publique ou de risques professionnels, prise en charge de prestations d'action sociale à titre individuel et/ou à titre collectif) sont souhaitées.

Conformément à la loi votée en 2011 concernant les frais de gestion et d'acquisition des mutuelles, le soumissionnaire devra indiquer de manière claire et intelligible le total des frais de gestion et d'acquisition prévue dans le contrat en pourcentage.

Les garanties peuvent intervenir dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7j/7, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident.

La garantie est automatiquement étendue à tout nouveau salarié, sous réserve de déclaration à l'Assureur.

Toute personne admise, par les souscripteurs, dans la catégorie du personnel assuré, bénéficie automatiquement et immédiatement, sans déclaration préalable, de l'ensemble des garanties du présent contrat. Dès la prise d'effet du contrat, tous les salariés nommément inscrits sur le registre du personnel ou document équivalent sont automatiquement garantis. Les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat bénéficieront de la présente garantie et ce à effet de leur date d'embauche.

PAIEMENT DES COTISATIONS

L'employeur verse à l'organisme les cotisations du régime de base obligatoire. Les formules optionnelles sont prélevées par l'organisme directement auprès des affiliés. Les prestations objet du marché seront réglées par application d'un prix unitaire (taux) défini dans l'acte d'engagement.

Le prix est exprimé en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Les commanditaires souhaitent pouvoir bénéficier d'un maintien des taux de cotisations pendant les 3 premières années de vie du contrat. Dans la négative, l'organisme précisera sur quelle durée de maintien de taux il s'engage. Au terme du délai fixé les garanties et les cotisations pourront être renégociées.

Les prix sont réputés comprendre toutes les charges fiscales, parafiscales ou autres frappant obligatoirement la prestation et assurer au prestataire une marge pour risques et bénéfice. Ils sont réputés complets. Ils comprennent toutes les prestations nécessaires à la bonne mise en œuvre du marché.

COMMUNICATION ANNUELLE

Remise des comptes annuels et prévisionnels du régime :

Il est demandé aux organismes soumissionnaires de fournir chaque année des comptes par survenance ainsi que des comptes financiers.

Le soumissionnaire précisera la date à laquelle sont établis et présentés les comptes annuels du régime santé.

L'organisme s'engage à fournir des comptes définitifs et prévisionnels détaillés et par régime.



Ce compte de résultat devra faire apparaître tous les éléments utiles à la compréhension de l'équilibre économique du contrat et notamment le montant des frais de gestion, des charges à payer, des provisions ainsi que leur justification.

Un rapport annuel « type » des comptes est demandé.

Le soumissionnaire s'engage à présenter un reporting détaillé des régimes (adhésions, radiations, statistiques démographiques, analyse de la consommation, éléments de gestion...). Il sera précisé les modalités de mise à disposition de ces informations, sous quelle forme et sous quel délai.

Un rapport « type » permettrait d'illustrer le contenu des différentes statistiques que le soumissionnaire est en mesure de produire.

MISE EN PLACE DU NOUVEAU REGIME

L'organisme fournira aux salariés une notice d'informations.

Un interlocuteur unique de la mise en place du régime (et par la suite au long de sa durée de vie est souhaité).

Le soumissionnaire s'engage à l'occasion de la mise en place du nouveau régime, à proposer des réunions d'informations dans les différents sites des commanditaires selon un calendrier ou tout autre moyen innovant de communication.

Le soumissionnaire s'engage à fournir chaque année une notice mise à jour.

RAPPEL DES CRITERES :

- Portabilité
- Suspension d'un contrat de travail et maintien des garanties
- Personnel licencié et maintien des garanties
- Personnel retraité et maintien des garanties
- Identification claire des frais de gestion et d'acquisition
- Maintien des cotisations (3 ans) sauf si modifications législatives
- Interlocuteur dédié et moyens mis à disposition
- Mesures de communication
 - la plateforme téléphonique, plages horaires... ;
 - les moyens et délai de traitement... ;
 - la gestion de la relation clientèle, l'accueil, les outils...

CRITERES DE DECISSION

1. Certification
2. Obligations réglementaires (conforme, au dernier additif FEHAP)
3. Référence client
4. Garantie
5. Tarification
6. Moyens : plateformes et services

2 AO PREVOYANCE :

Le présent contrat groupe à adhésion obligatoire permet à l'ensemble du personnel de bénéficier de la protection sociale complémentaire en matière de prévoyance :

- DECES,
- RENTE EDUCATION,
- RENTE DE CONJOINT,
- DECES ACCIDENTEL.
- INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

CONDITIONS D'ACCES AU REGIME

BENEFICIAIRES

Le personnel garanti au titre du présent contrat est composé du ou des collèges(s) suivant(s) :

Ensemble du personnel salarié.

La garantie est automatiquement étendue à tout nouveau salarié, sous réserve de déclaration à l'Assureur. Tous les salariés effectivement en activité sont garantis dès leur date d'adhésion. Les salariés en arrêt de travail à la prise d'effet du contrat ne sont admis que le jour de la reprise effective de leur activité. Pour la garantie décès, les salariés en arrêt de travail à la souscription du contrat bénéficient de la garantie

Toute personne admise, par le souscripteur, dans la catégorie du personnel assuré, bénéficie automatiquement et immédiatement, sans questionnaire médical préalable, de l'ensemble des garanties du présent contrat.

L'assureur s'engage à récupérer toute information nécessaire à la gestion des dossiers via la DSN. La cotisation prévoyance est obligatoire sur la base de la rémunération brute :

ASSIETTE DE PRIME

Effectifs	Masse salariale	Participation employeur
672	22.631.714 €	100%

Le prix est exprimé en pourcentage du salaire brut du salarié, qui constitue l'assiette de prime.

OFFRE DE BASE

Garantie	BASE	option 1	option 2
	TAUX	TAUX	TAUX
TOTAL grille tarifaire n°1			

GARANTIE

Les garanties peuvent intervenir dans le monde entier, 24 heures sur 24, 7j/7, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident.

La garantie est automatiquement étendue à tout nouveau salarié, sous réserve de déclaration à l'Assureur.

Point de départ des garanties :

- Tous les salariés effectivement en activité sont garantis dès leur date d'adhésion.
- Les salariés en arrêt de travail à la prise d'effet du contrat ne sont admis que le jour de la reprise effective de leur activité.
- Pour la garantie décès, les salariés en arrêt de travail à la souscription du contrat bénéficient de la garantie (en cas d'option souscrite)

Maintien de la garantie décès en cas de résiliation du contrat

L'assureur garantit le maintien des garanties décès en cas de résiliation du contrat, en faveur des salariés en arrêt incapacité ou invalidité à la date de résiliation.

Maintien des autres garanties

Le maintien des garanties s'applique, y compris après rupture du contrat de travail, aussi longtemps que le participant perçoit de la Sécurité sociale des indemnités journalières, une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail.

PRIX

L'Assureur s'engage à maintenir les taux de cotisation sur une période de 2 ans à compter du 1er janvier 2024. L'application du bon équilibre du contrat se fera sur l'observation de la sinistralité enregistrée depuis la prise d'effet du marché.

Toute proposition d'augmentation du taux (survenu après les deux premières années) émanant de la part de l'Assureur (après analyse des comptes de résultat) devra être communiquée au plus tard fin avril de l'Année N. Ladite proposition devra donner lieu à un échange et un accord entre les parties, soit l'Assureur d'une part et des Souscripteurs d'autre part. Les nouveaux tarifs feront l'objet d'un avenant au présent contrat.



FRANCHISES

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident ou à une hospitalisation causée par un tiers reconnu civilement responsable le droit aux prestations prend effet sans délai de franchise.

Dans les autres cas, le droit aux prestations prend effet à l'expiration d'un délai de franchise fixé à 90 jours discontinus sur une année glissante.

SUSPENSION DE LA GARANTIE

Le droit à la garantie cesse :

- à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent
- à la date d'effet de résiliation du contrat d'adhésion.

Garanties dont bénéficient les anciens collaborateurs :

Les anciens collaborateurs devront pouvoir accéder à un contrat conforme à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989.

Ce contrat sera obligatoirement indépendant, quant à la consolidation de ses résultats financiers, du contrat relatif au personnel de l'Employeur souscripteur.

Dispositions propres à la garantie Incapacité Temporaire :

Le droit à la garantie cesse au plus tard le jour du départ à la retraite des salariés.

Dispositions propres à la garantie Invalidité :

Le droit à la garantie cesse au plus tard le jour du départ à la retraite des salariés.

Dispositions relatives à la portabilité des garanties :

La portabilité des garanties est acquise aux bénéficiaires de la garantie conformément aux articles L991-1 à L911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

CLAUSES

- L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention collective.
- Le Souscripteur précise à l'Assureur le nombre d'Assurés ainsi que la démographie du collègue d'Assurés et la sinistralité des contrats en cours. En conséquence, l'assureur déclare avoir une connaissance suffisante des risques à assurer et renonce à se prévaloir de toute erreur ou omission.
- Il est convenu que les garanties sont étendues au MONDE ENTIER.

- Le contrat, basé sur les déclarations du souscripteur et des assurés, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration par les articles L.221-14 (fausse déclaration intentionnelle), L.221-15 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.223-25 (erreur sur l'âge de l'assuré) du code des assurances.
- La portabilité des garanties est acquise aux bénéficiaires conformément aux articles L991- 1 à L911-8 du Code de la Sécurité Sociale.
- Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de l'assureur, ledit assureur procédera, à la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de la garantie souscrite.
Jusqu'à la date d'effet des nouvelles dispositions contractuelles, les garanties restent acquises sur la base du contrat en cours.

ENGAGEMENTS

L'assureur devra obligatoirement :

- Transmettre, au plus tard le 31 mai de chaque année, un bilan complet de la sinistralité.
- Présenter et analyser les comptes de résultat devant les représentants du personnel
- Tenir à jour et transmettre 1 mois minimum avant application d'éventuelles évolutions des grilles de garanties et notices d'information
- Organiser une réunion d'information durant l'exécution du contrat, et les outils de gestion, en présence du personnel.
- S'engager sur les délais de traitement et réponses aux sollicitations diverses (Engagement de délais à joindre à l'offre)
- L'assureur devra proposer des réunions d'informations à destination des affiliés sur les évolutions, quelles qu'elles soient (légale, contractuelle...).
- L'assureur garantit aux affiliés un accès exhaustif à leurs informations (état de remboursement, suivi dossiers, notices de garanties...) via une plateforme dédiée (site internet, application smartphone...).

REGLEMENT DE LA CONSULTATION

MODALITES DE REPONSE ET PROPOSITION

Publication de l'appel d'offres : Site Internet Élan Retrouvé :

Date : 30 août

DEPOT DES OFFRES :

Date : 02 octobre 2023

PROCEDURE DE REMISE DES OFFRES :

Propositions d'une part envoyées sous pli scellé à Fondation l'Élan Retrouvé à l'attention de M. François GÉRAUD Directeur de la Fondation l'Élan Retrouvé 23 rue Catherine de la Rochefoucauld 75009 PARIS et d'autre par courriel aux adresses suivantes :

Victoria.sauteron-prime@elan-retrouve.org ; nathalie.goussard@elan-retrouve.org ; alexandra.boyer@elan-retrouve.org ; contact@pyrite.fr .

SELECTION DES ORGANISMES :

La commission analysera les réponses et sélectionnera les organismes retenus, répondant aux critères définis dans le cahier des charges sur la base des retours des dossiers renseignés. Elle ne retiendra qu'au mieux cinq propositions.

Une rencontre aura lieu entre la commission d'appel d'offre et les organismes présélectionnés en vue du choix final.

Date du choix du/des soumissionnaires retenues : 15 octobre 2023

Période de rencontre du/des soumissionnaires : à partir du 06 novembre 2023

Réponse définitive : 15 novembre 2023

DEMANDES DE RENSEIGNEMENTS :

Contact : Antoine Bourges



contact@pyrite.fr

CLAUSES

- Les candidats restent engagés par leur offre pendant un délai de 120 jours à compter de la date limite de remise des offres.
- En cas de litige, le tribunal de grande instance de Paris est seul compétent.
- La présentation et les documents fournis par les organismes candidats ont une valeur contractuelle d'engagement vis-à-vis des performances annoncées.
- L'organisme retenu ne pourra faire aucun usage commercial des résultats des prestations sans l'accord préalable du commanditaire.
- Ni l'organisme habilité, ni l'un des professionnels intervenant pour le compte de l'organisme habilité ne peut, à l'exception des opérations de facturation qui sont la contrepartie de la prestation d'évaluation, détenir ou avoir détenu, au cours de l'année précédente d'intérêt financier direct ou indirect avec le commanditaire.
- Les professionnels intervenants ne peuvent avoir été salariés d'un établissement du commanditaire au cours des deux dernières années.
- Le présent cahier des charges constituera une des annexes du contrat qui sera signé avec le ou bénéficiaire.

LES CRITERES DE PRE-SELECTIONS SONT :

- | | |
|--|-------|
| • qualité de l'offre technique (adéquation de l'offre au présent cahier des charges) : | 20 % |
| • expérience du candidat à la gestion de contrat : | 15% |
| • pertinence de la plateforme de gestion des dossiers : | 20% |
| • offre tarifaire : | 45 %. |