



Contrat-cadre de protection sociale

Réponses aux questions les plus fréquentes

* * *

Sommaire :

I - Complémentaire santé

Conditions d'adhésion des agents
Date effective de l'adhésion
Changement de tranche d'âge
Remboursements

II - Garantie maintien de salaire

Conditions d'adhésion des agents
Les garanties

III - Garantie dépendance

Conditions d'adhésion des agents
Les garanties

Envoi des bulletins d'adhésion (Complémentaire santé / Garantie maintien de salaire / Garantie dépendance)

Pour vous accompagner :

Vous rapprochez du service Ressources humaines de votre collectivité.

I - Complémentaire santé

Adhérer à une complémentaire santé permet d'obtenir une participation complémentaire aux remboursements accordés par la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

❖ Conditions d'adhésion des agents :

Pour les agents en activité :

A la souscription du contrat par la collectivité ou au 1er jour du mois d'embauche (ex : un agent embauché au 8 mars sera adhérent au 1^{er} mars).

Tous les agents régulièrement inscrits sur les listes du personnel de la collectivité peuvent adhérer à la complémentaire santé sans condition.

Après la date de souscription du contrat par la collectivité ou après la date d'embauche de l'agent.

L'adhésion est possible immédiatement, sans délai de carence et sans condition, pour autant que l'agent présente une attestation (certificat de radiation) de son précédent organisme d'assurance précisant qu'il bénéficiait pour lui et ses ayants droit éventuels d'une garantie de complémentaire santé à la veille de la date d'adhésion au contrat groupe.

Dans le cas où l'agent (et ses ayants droit) ne bénéficient pas antérieurement à son adhésion au nouveau contrat d'une protection équivalente, il sera fait application d'une période de carence pour chaque personne non assurée (Remboursement optique / dentaire : 90 jours ; Maternité : 9 mois sur la seule garantie "Prime de naissance" ; Pour tous les autres remboursements : 30 jours).

Pour les agents à la retraite :

- L'adhésion est possible sans condition si les garanties souscrites par l'agent font suite sans interruption à celles dont il bénéficiait précédemment en qualité d'assuré comme "agent en activité" du nouveau contrat.

Pour Adréa, l'agent doit toutefois être inscrit en tant qu'actif chez Adréa pendant 12 mois consécutifs afin de bénéficier du régime retraité.

Au moment du passage du régime actif vers le régime retraité, un changement de prestataire à l'intérieur du contrat cadre est possible sans condition pour Gras Savoye-IPSEC et Publiservices-ProBTP.

Il n'existe pas de possibilité de retour au contrat groupe pour les retraités et nouveaux retraités ayant interrompu leur adhésion.

- L'adhésion est possible sans condition pour les agents à la retraite préalablement à la souscription du contrat, pour autant que ces agents effectuent une demande formelle d'adhésion dans un délai de 3 mois à compter de l'adhésion au contrat de leur dernière collectivité.

Dans le cas où le candidat à l'assurance est titulaire d'un contrat à titre personnel et souhaite en changer, l'effet de son adhésion au contrat groupe pourra être reporté à la date d'échéance annuelle de son contrat personnel.

❖ **Date effective de l'adhésion :**

C'est la collectivité qui détermine sa date d'adhésion effective dans le certificat d'affiliation.

Les prestataires doivent recevoir le bulletin d'adhésion de l'agent avant la date d'adhésion voulue par l'agent.

Toutefois des dérogations sont tolérées par les prestataires dans certains cas et sous certaines conditions de délais :

- Publiservices-ProBTP :

Tout bulletin d'adhésion reçu jusqu'au 6 du mois peut avoir comme date d'effet le 1er du mois.

Tout bulletin reçu après le 6 du mois ne peut avoir d'effet avant le 1er du mois suivant.

- Gras Savoye-IPSEC :

Tout bulletin d'adhésion reçu jusqu'au 10 du mois peut avoir comme date d'effet le 1er du mois.

Tout bulletin reçu après le 10 du mois ne peut avoir d'effet avant le 1er du mois suivant.

- Adréa :

Tout bulletin d'adhésion reçu jusqu'au 15 du mois peut avoir comme date d'effet le 1er du mois.

Tout bulletin reçu après le 15 du mois ne peut avoir d'effet avant le 1er du mois suivant.

❖ **Changement de tranche d'âge :**

Le contrat cadre du Cdg38 a prévu 3 tranches d'âge. Le passage dans la tranche d'âge supérieure se fait à 30 ans et à 50 ans.

Toutefois les opérateurs ont une approche différente, qu'éclaircissent ces exemples :

- Gras Savoye-IPSEC : Un agent ayant 50 ans au 15 septembre 2012 se verra appliquer le taux « 50 ans et plus » à compter du 1er janvier 2012.

- Adréa : Un agent ayant 50 ans au 15 septembre 2012 se verra appliquer le taux « 50 ans et plus » à compter du 1er janvier 2013.

- Publiservices-ProBTP : Un agent ayant 50 ans au 15 septembre 2012 se verra appliquer le taux « 50 ans et plus » à compter du 1er janvier 2013. De plus, pour un agent adhérent depuis plus de 3 ans, le passage à la tarification de la tranche supérieur sera étalé sur 2 ans.

❖ **Remboursements :**

Personnes assurées :

Dans le cas où la garantie "Famille monoparentale" ou "Famille" est souscrite, les personnes à charge suivantes pourront bénéficier des garanties :

- Le conjoint non séparé, le concubin déclaré, la personne liée par un PACS,

- Les enfants à charge au sens de la Sécurité Sociale : Il s'agit des enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis et qui sont à la charge de l'agent ou de son conjoint, concubin ou partenaire PACS. Ils sont considérés comme ayants droit jusqu'à 16 ans avec toutefois deux exceptions :
 - jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études, ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique,
 - jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont 21 ans s'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie.
- Les enfants handicapés de moins de 26 ans vivant au domicile de l'assuré,
- Les enfants étudiants à charge fiscalement.

Pour Publiservices-ProBTP uniquement, la notion "Famille monoparentale" s'applique pour deux enfants au maximum.

Délais de carence :

Il n'y a pas de délai de carence dans les cas suivants :

- à la souscription du contrat par la collectivité,
- à la date d'embauche de l'agent,
- après la date de souscription du contrat par la collectivité ou la date d'embauche de l'agent si l'agent avait au préalable une garantie de complémentaire santé.

Cependant, un délai d'application est prévu après la souscription pour tout changement vers une garantie supérieure, à savoir :

- Remboursement optique / dentaire : 90 jours
- Maternité : 9 mois uniquement pour la garantie « Prime à la naissance »
- Pour tous les remboursements autres que ceux-ci-dessus : 30 jours

Dans le cas d'une réduction de garantie, le nouveau système d'assurance s'applique immédiatement.

Afin de pouvoir être pris en compte dans la gestion (notamment la paie), ces changements devront être transmis dans la mesure du possible deux mois avant la date souhaitée. Chaque prestataire est libre, s'il le souhaite, de réduire ce délai.

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat ne pourront être admis au contrat qu'à compter du 31^{ème} jour continu de reprise effective d'activité pour autant qu'ils en aient fait la demande à la souscription du contrat.

Le paiement de la prime ne s'effectue, dans ce cas, qu'à partir de la date de bénéfice de l'assurance.

Gras Savoye-IPSEC : Pour ce prestataire uniquement, les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat seront couverts dès la date d'effet du contrat sans délai de carence, et pour autant qu'ils en aient fait la demande préalable.

Les agents à mi-temps thérapeutique peuvent adhérer au contrat dès le premier jour de reprise du travail à temps complet.

Fin des garanties :

Pour tout agent ainsi que ses ayants droit, bénéficiaires du régime de protection, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prennent fin, soit le contrat de travail qui le lie à la collectivité adhérente, soit les conditions particulières qui lui permettent d'être rattaché au contrat cadre.

En cas de cessation des garanties, le prestataire devra leur faire parvenir une proposition de contrat individuel, dans un délai d'un mois suivant la résiliation des garanties. L'assuré et ses

ayants droit, bénéficiaires des garanties, auront la possibilité d'adhérer individuellement à l'une des garanties élaborées à leur intention, sans que l'assureur ne puisse opposer aucun motif de refus. Les conditions en vigueur de ces formules à adhésion individuelle peuvent être communiquées sur simple demande.

Sous réserve que la demande d'adhésion individuelle à ces garanties soit formulée dans un délai de six mois à compter de la radiation au présent contrat, il ne sera pas fait application de période probatoire de droit d'entrée et ne sera pas exigé de formalités médicales.

Maintien des garanties dans certaines situations particulières :

Les garanties de prestations et de tarif pourront être maintenues à titre individuel, sous réserve que les personnes concernées en fassent la demande expresse à l'assureur dans le mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :

- détachement - disponibilité
- congé parental
- congé sans solde
- congé pour présence parentale ou pour accompagnement d'une personne en fin de vie
- congé sabbatique visé à l'article L 122-32-17 et suivants du Code du Travail.
- congé pour création d'entreprise visé à l'article L 122-32-12 et suivants du Code du Travail.
- congé pour exercer des fonctions syndicales.

Contrat responsable :

Le présent contrat est un "contrat responsable" au sens de l'article 57 de la loi du 13 août 2004. Il devra dans tous les cas respecter cette obligation et évoluer en cas de besoin en conséquence des textes réglementaires.

En conséquence, il restera toujours à la charge de l'assuré 1 € pour :

- Les consultations ou actes médicaux réalisés par les médecins de ville.
- Les consultations externes à l'hôpital.
- Les actes de biologie médicale.

Ne sera pas prise en charge par l'organisme d'assurance, la majoration des honoraires pratiquée :

- En absence de choix du médecin traitant.
- En cas de non-respect du « parcours santé » (consultation d'un spécialiste sans passage par le médecin traitant par exemple - sauf médecine douce - pédiatre - dentiste - ophtalmologue – gynécologue, etc.).
- En cas de refus opposé aux professionnels de santé d'accéder au dossier médical personnel.

Prestations de prévention :

Deux prestations de prévention prévues dans la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006 sont prises en charge à concurrence du ticket modérateur. Il s'agit :

- du détartrage annuel complet sus et sous gingival effectué en 2 séances maximum (SC12).
- de l'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 45 ans et une fois tous les 6 ans.

Médecines douces :

Il s'agit des soins :

- Gras Savoye-IPSEC : homéopathie non remboursée, acupuncture, ostéopathie, chiropraxie.
- Adréa : forfait amniocentèse, podologue pédicure, cholestérol HN, homéopathie non remboursée, ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, éthiopathie, micro kinésithérapie, psychologie, psychiatrie, psychanalyse.
- Publiservices-ProBTP : homéopathie non remboursée, acupuncture, ostéopathie, chiropraxie.

Seuls les soins faisant l'objet d'une facturation par un professionnel de santé agréé donnent droit au versement d'un remboursement.

La facture doit faire apparaître le cachet officiel du médecin contenant notamment sa spécialité, l'intitulé de son diplôme de médecine et de son n° d'identification au répertoire adeli ou au fichier national des établissements Sanitaires et Sociaux.

Les bénéficiaires pourront demander à leur assureur santé de vérifier avant engagement des frais que le médecin est bien considéré comme un professionnel de santé agréé.

Les produits pharmaceutiques homéopathiques non remboursés ne sont pris en charge qu'accompagnés d'une prescription médicale.

Remboursements annuels :

Les remboursements présentés comme annuels dans le tableau de garanties sont appliqués sur l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) ; cette période de remboursement coïncide avec la période de couverture de la Complémentaire Santé (ex : forfait de 50 € par an pour les substituts nicotiques).

Clause de mobilité (dans le cas où l'agent change d'employeur public et demande une souscription à titre individuel des garanties dont il bénéficie dans le contrat cadre):

La continuité des garanties est sur la France Métropolitaine pour les trois fonctions publiques. Si la collectivité d'accueil n'est pas adhérente au contrat cadre, la cotisation est alors prélevée directement sur le compte bancaire personnel de l'agent.

Nomenclature utilisée en optique (verres simples, moyens, complexes) :

Cdg38 / Remboursements en "OPTIQUE" des verres.

Tarifs servant de base au remboursement (plus de 18 ans)		Tarifs servant de base au remboursement (moins de 18 ans)		Classification contrat Cdg38
Types de verres	Base de remb	Types de verres	Base de remb	
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00	2,29 €	Verre blanc simple foyer, sphère de -6,00 à +6,00	12,04 €	SIMPLE
Verre blanc simple foyer, sphère de -6,25 à -10,00	4,12 €	Verre blanc simple foyer, sphère de -6,25 à -10,00	26,68 €	SIMPLE
Verre blanc simple foyer, sphère de +6,25 à +10,00	4,12 €	Verre blanc simple foyer, sphère de +6,25 à +10,00	26,68 €	SIMPLE
Verre blanc simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	7,62 €	Verre blanc simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	44,97 €	MOYEN
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	3,66 €	Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	14,94 €	SIMPLE
Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	6,86 €	Verre blanc simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	36,28 €	MOYEN
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	6,25 €	Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	27,90 €	MOYEN
Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	9,45 €	Verre blanc simple foyer, cylindre > à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	46,50 €	MOYEN
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	7,32 €	Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	39,18 €	COMPLEXE
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	10,82 €	Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	43,30 €	COMPLEXE
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	10,37 €	Verre blanc multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	43,60 €	COMPLEXE
Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	24,54 €	Verre blanc multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	66,62 €	COMPLEXE

II - Garantie maintien de salaire

Les agents de la Fonction publique territoriale arrêtés pour raisons de santé pendant plus de 3 mois au cours de l'année connaissent une baisse de traitement de 50%. La garantie maintien de salaire a pour objet de couvrir ce risque et d'autres comme l'invalidité, la perte de retraite, la perte d'autonomie et le décès.

❖ Conditions d'adhésion des agents :

A la souscription du contrat :

Tous les agents régulièrement inscrits sur les listes du personnel peuvent adhérer sans contrôle médical.

Après la date de souscription du contrat :

Les agents faisant partie du personnel à la souscription du contrat peuvent adhérer sans condition d'examen médical pour autant que l'adhésion soit demandée moins de 6 mois après la prise d'effet du contrat. Au-delà du délai de 6 mois, l'organisme d'assurance peut demander une visite médicale préalable de l'agent.

Les agents embauchés postérieurement à la souscription du contrat peuvent adhérer sans condition si leur adhésion s'effectue dans les 6 mois qui suivent la date d'embauche. Au-delà du délai de 6 mois, l'organisme d'assurance peut demander une visite médicale préalable de l'agent.

Toutefois, pour toute adhésion à effet en 2011, il ne sera pas demandé de visite médicale.

La collectivité doit déterminer la date d'adhésion effective qu'elle souhaite dans son certificat d'affiliation.

Le prestataire devra recevoir le bulletin d'adhésion de l'agent avant la date d'adhésion effective voulue par l'agent.

Clause de mobilité (dans le cas où l'agent change d'employeur public et demande une souscription à titre individuel des garanties dont il bénéficie dans le contrat cadre) :

Si la collectivité d'accueil n'est pas adhérente au contrat cadre, son autorisation est nécessaire afin de poursuivre le prélèvement sur le salaire de l'agent.

❖ Les garanties :

Baisse du traitement consécutive à une incapacité de travail

- Le versement à l'agent d'indemnités journalières en cas de baisse de traitement consécutive à une incapacité temporaire totale de travail (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, maladie grave)
- L'indemnisation à hauteur de 100 % du traitement net de l'agent
- La prise en charge des primes au 1er jour d'arrêt
- La prise en charge possible du régime indemnitaire (au choix de la collectivité).

Perte de retraite consécutive à une invalidité permanente

- Le versement d'une rente annuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse, en cas d'invalidité permanente survenue avant 65 ans.
- Une rente annuelle égale à 100 % d'un % du Traitement Brut Indiciaire annuel de l'assuré multiplié par le nombre de trimestres courus entre la date de l'invalidité permanente et l'âge de 65 ans, diminué des cotisations sociales.

Baisse du traitement consécutive à une invalidité permanente

- Le versement d'une rente en cas d'invalidité permanente survenue avant 65 ans.
- L'invalidité permanente est reconnue lorsque l'assuré remplit les conditions suivantes :
Lorsqu'il relève de la CNRACL et qu'il a été mis à la retraite pour une invalidité, définitive et absolue l'empêchant d'exercer ses fonctions, reconnue par les organismes compétents ou lorsqu'il relève du régime général de la Sécurité Sociale et qu'il est atteint d'une invalidité non imputable au service classée en 2ème ou 3ème catégorie Et, quelque soit le statut ou le régime, être reconnu inapte à exercer une quelconque activité professionnelle
- Une rente au plus égale à 50 % de la rémunération nette au jour de la reconnaissance de l'invalidité

Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

- Un capital garanti en cas de décès ou PTIA, grâce à la clause de désignation des bénéficiaires
- Un capital de base jusqu'à 100 % de la rémunération nette annuelle de l'assuré
- Le doublement du capital en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident
- Le triplement du capital en cas d'accident de la circulation.

III - Garantie dépendance

La garantie dépendance a pour objet de garantir le versement d'une rente viagère aux agents qui se trouvent de façon définitive, suite à une maladie ou un accident, dans un état de dépendance.

❖ **Conditions d'adhésion des agents :**

L'adhésion est possible pour tous les agents actifs et retraités de la collectivité adhérente concernée ainsi que leur conjoint, concubin ou partenaire de PACS, leurs ascendants, leurs descendants à charge, à condition que chaque bénéficiaire soit âgé de 50 ans au moins et de 75 ans au plus, au 31 décembre de l'année de l'adhésion.

❖ **Les garanties :**

La cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion, et du montant de la garantie choisie.

Une simulation de la cotisation est possible sur le site Internet de Pro-BTP, onglet 'Prévoyance' puis 'Contrat dépendance'.

Le montant des prestations versées est revalorisé au 1er janvier de l'année "n+1" par référence à l'évolution du rapport des indices Insee des prix à la consommation des ménages hors tabac au 1er juillet des années "n" et "n-1".

Les cotisations correspondant aux garanties d'assurance sont revalorisées à chaque échéance annuelle dans les mêmes conditions que les garanties, c'est-à-dire en fonction de l'évolution du rapport des indices Insee des prix à la consommation des ménages hors tabac au 1er juillet des années "n" et "n-1".

Les délais de carence :

Sous réserve du paiement de la cotisation, la garantie est accordée :

- sans délai de carence en cas de sinistre consécutif à un accident postérieur à la date d'adhésion. Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle provoquée exclusivement par un événement extérieur, imprévu et soudain, et dont l'agent est involontairement victime
- si l'origine de l'état de dépendance se situe après un délai de carence de trois ans après la date d'adhésion en cas de maladie d'Alzheimer ou démence sénile, de Parkinson ou de sclérose en plaques
- si l'origine de l'état de dépendance se situe au moins un an après la date d'adhésion dans les autres cas.

Pour l'option fracture, il n'y a pas de délai de carence.

Envoi des bulletins d'adhésion (Complémentaire santé / Garantie maintien de salaire / Garantie dépendance) :

Les bulletins individuels d'adhésion sont à envoyer directement aux prestataires :

- Gras Savoye Rhône-Alpes Auvergne

3B, rue de l'Octant

B.P. 124

38431 Echirolles.

Adresses Internet : <http://www.grassavoye.com/> et <http://www.ipsecprev.fr>

Tél : 04 76 70 87 13

Mail : contactcdg38@grassavoye.com

- ADREA Mutuelle Alpes Dauphiné

226, cours de la Libération Cedex 2

38069 Grenoble.

Adresse Internet : <http://www.adrea-mutuelle-alpesdauphine.fr/>.

Tél adhérent : 04 76 33 93 93, mail : contact@adrea-mutuelle-alpesdauphine.fr

Tél collectivité : 04 76 33 93 75, mail : entreprise@adrea-mutuelle-alpesdauphine.fr

- Publiservices

Route de Creton

18110 Vasselay.

Adresses Internet : <http://www.publiservices.com/> et <http://www.probtp.com>

Tél : 02 48 48 21 00

Mail : contact@publiservices.com

En fin d'année, le Centre de gestion de l'Isère fera le point avec chacun des prestataires sur le contrat cadre.