Groupe ÉS
&
Réseau GDS
&
UME

Avis à candidature 2024-83

Version projet du 10 février 2025

Assurance couverture supplémentaire maladie

1 PREAMBULE

La consultation est lancée sous forme de procédure avec négociation au sens de l'article L2124-3 et R2161-21 à R2161-23 du code de la commande publique.

Ce document a pour objet de présenter le marché pour la phase appel à candidatures.
Les conditions d'achats et les documents du marché complémentaires seront communiqués aux candidats retenus, lors de la phase de consultation pour la remise d'une offre.

Définition du groupement d'achat
Un groupement d'achat a été constitué pour la présente consultation, ci-après dénommé le **Groupement**. Il se compose des entités suivantes :

- Entités du Groupe ÉS :
  - Électricité de Strasbourg (RCS STRASBOURG 558 501 912)
  - ÉS Énergies Strasbourg (RCS STRASBOURG 501 193 171)
  - Strasbourg Électricité Réseaux (RCS STRASBOURG 823 982 954)
- Réseau GDS (R-GDS) (RCS STRASBOURG 548 501 113)
- Usines Municipales d'Erstein (UME) (RCS STRASBOURG 834 924 805)

2 NATURE DES PRESTATIONS

Ce document décrit de façon succincte les besoins du Groupement. La version complète du Cahier des Charges sera adressée aux candidats retenus lors de l'envoi du dossier de la phase consultation.

3 OBJET DU MARCHÉ

Le présent marché a pour objet :

- L'assurance et la gestion d'une couverture supplémentaire maladie (dénommée ci-après « CSM ») au profit de l'ensemble des Salariés Statutaires du Groupement.
- L'assurance et la gestion d'une CSM au profit de l'ensemble des Salariés Non Statutaires du Groupe ÉS.

4 CARACTERISTIQUES DU MARCHÉ

Le marché est conclu sous forme d'un marché cadre.

Le contrat entre en vigueur le 01/01/2026 pour une période ferme de trois (3) ans. Il est reconduit tacitement par période de douze (12) mois, sans que la durée totale ne puisse excéder quatre-vingt-seize (96) mois. Le contrat s'achèvera par conséquent au plus tard le 31/12/2033.

Si le Groupement entend renoncer à sa reconduction tacite, il prévient le Titulaire par courrier ou mail avec accusé de réception, avec un préavis de trois (3) mois avant la date d'anniversaire du marché.
Si le Titulaire entend renoncer à sa reconduction tacite, il prévient chaque membre du Groupement par courrier recommandé avec accusé de réception, avec un préavis de six (6) mois avant la date anniversaire du marché.

5 REGLES DE PARTICIPATION

Pour le cas des intermédiaires (courtiers), ils devront indiquer dans un ordre de priorité, les trois organismes d'assurance qu'ils comptent solliciter.
Chaque candidat remettra lors du dépôt de candidature l'accord de confidentialité du Groupement (joint en annexe).

6 CALENDRIER

Date limite de remise des candidatures	18 mars 2025
Date prévisionnelle d'envoi du dossier de consultation	31 mars 2025
Date prévisionnelle de réception des offres	20 mai 2025 à 12 H 00
Date prévisionnelle des éventuelles soutenances/entretiens	12 et 13 juin 2025
Date prévisionnelle d'attribution du marché	Semaine 28-29

7 PRESENTATION DU STATUT DES SALARIES

Définition des statuts des salariés

Les salariés du Groupement se répartissent autour de 2 statuts différents :

- **Les Salariés Statutaires :** Ces salariés bénéficient du statut des industries électriques et gazières (Ci-après dénommées « IEG ») et de fait adhèrent au régime spécial d'assurance maladie des industries électriques et gazières porté par la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières (ci-après dénommée « CAMIEG »).

- **Les Salariés Non Statutaires** ne bénéficient pas du statut des IEG et ne peuvent pas être couverts par la CAMIEG.

8 CONTEXTE ET OBJECTIFS

Les partenaires sociaux de la branche des industries électriques et gazières ont mis en place, à compter du 1er janvier 2011 sur la base d'un accord signé le 4 juin 2010, une couverture supplémentaire maladie collective et obligatoire pour les Salariés Statutaires des entreprises de la branche industries électrique et gazière (« IEG »), afin d'améliorer le niveau des remboursements de frais de santé assurés par le régime spécial d'assurance maladie des IEG qui est porté par la caisse complémentaire maladie des IEG (« CAMIEG »)

L'accord de branche des IEG du 30 janvier 2024 portant révision de l'accord du 4 juin 2010 prévoit la mise en œuvre de nouvelles dispositions conventionnelles à compter du 1er juillet 2025. Ces dispositions portent sur la Couverture Supplémentaire Maladie collective et obligatoire pour les Salariés Statutaires des entreprises de la branche des IEG et visent à améliorer le niveau des remboursements de frais de santé assurés par CAMIEG.

Dans ce contexte, la branche des IEG a mené un appel d'offres et sélectionné de nouveaux prestataires pour la gestion et l'assurance du dispositif. Le présent Groupement a souhaité conserver son propre régime de couverture supplémentaire maladie.

Les entreprises du Groupement ont mis en commun leurs besoins et leurs moyens dans la perspective du renouvellement du marché d'assurance et de gestion pour leur CSM au 1er janvier 2026.

9 CSM SALARIÉS STATUTAIRES DU GROUPEMENT

9.1 Démographie

Les principales caractéristiques démographiques des Salariés Statutaires sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

	Effectifs	Âge moyen	% Conjoints	% enfants	% Femmes
AGENTS STATUTAIRES	1 144	44,6	19%	88%	33%

9.2 Description du régime actuel

Les Salariés Statutaires disposent d'un régime de base obligatoire intervenant en complément des niveaux de garanties de la CAMIEG (donc en 3ème niveau) et d'un régime amélioré facultatif proposant des garanties supérieures.

Le régime de base et le régime amélioré respectent le cahier des charges des contrats responsables.

9.3 Type et assiette de cotisation

Les cotisations sont exprimées :

- En pourcentage du salaire plafonné à la Tranche 1 pour les Salariés Statutaires ;
- En pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) pour les adhésions facultatives des ayants droit non CAMIEG.

Les structures de cotisation sont les suivantes :

- Régime de Base
  - Adhésions obligatoires : Isolé / Famille (ayants droit CAMIEG)
  - Adhésions facultatives : Conjoint non CAMIEG avec mutuelle / Conjoint non CAMIEG sans mutuelle
- Régime amélioré :
  - Isolé / Duo / Famille (ayants droit CAMIEG)
  - Par personne pour l'adhésion facultative Conjoint non CAMIEG avec mutuelle et Conjoint non CAMIEG sans mutuelle

9.4 Résultats techniques

Les résultats techniques par survenance sont synthétisés dans les tableaux suivants :

Résultats statutaires	2022	2023	2024
Cotisations brutes	929 324 €	960 069 €	1 083 797 €
Ratio S/P	**100%**	**98%**	**96%**

9.5 Garanties

GARANTIES	CAMIEG Part Base (Sécurité Sociale) Obligatoire	CAMIEG Part Complémentaire Obligatoire	RÉGIME DE BASE Obligatoire En complément des remboursements CAMIEG	RÉGIME AMÉLIORÉ Facultatif En complément des remboursements CAMIEG et incluant ceux du régime de BASE
Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, maternité)				
Frais de séjour : - Établissement conventionné - Établissement non conventionné	80 % ou 100 % de la BR -	20 % / 0 % de la BR -	100 % de la BR 100 % de la BR + maximum 5 300 €	100 % des Frais Réels 600 % de la BR + maximum 5 300 €
Honoraires : - Médecins adhérents à l'un des DPTAM - Médecins non adhérents à l'un des DPTAM ou établissement non conventionné	80 % ou 100 % de la BR 80 % ou 100 % de la BR	220 % ou 200 % de la BR 220 % ou 200 % de la BR	100 % de la BR 100 % du TM	100 % des Frais Réels 100 % du TM
Forfait journalier hospitalier	-	Prise en charge	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Forfait Patient Urgence	-	Prise en charge (forfait nominal 19,61 € - forfait minoré 8,49 €)	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
Chambre particulière : - Hors ambulatoire (médecine, chirurgie) Hors établissement non conventionné - En ambulatoire - En maternité (8 jours maximum)	- - -	- - -	2,1 % du PMSS/jour 1,12 % du PMSS/jour 2,1 % du PMSS/jour	5 % du PMSS/jour 5 % du PMSS/jour 5 % du PMSS/jour
Frais d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de - 16 ans	-	-	1 % du PMSS/jour *Pour la psychiatrie : frais de séjour, honoraires et chambre particulière limités à 90 jours par an, maintien du ticket modérateur pour les jours supplémentaires*	4 % du PMSS/jour
Soins courants en secteur Conventionné et Non Conventionné (y compris maternité)				
Honoraires : - Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent à l'un des DPTAM - Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent DPTAM - Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent à l'un des DPTAM - Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent DPTAM - Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM - Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % de la BR 70 % de la BR 70 % de la BR 70 % de la BR 70 % de la BR 70 % de la BR	50 % de la BR 50 % de la BR 50 % de la BR 50 % de la BR 50 % de la BR 50 % de la BR	60 % de la BR 40 % de la BR 100 % de la BR 80 % de la BR 100 % de la BR 80 % de la BR	450 % de la BR 80 % de la BR 450 % de la BR 80 % de la BR 450 % de la BR 80 % de la BR
Imagerie médicale : - Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM - Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	70 % de la BR 70 % de la BR	50 % de la BR 50 % de la BR	100 % de la BR 80 % de la BR	450 % de la BR 80 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité Sociale	60 % de la BR	60 % de la BR	50 % de la BR	450 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire non prises en charge par la Sécurité Sociale	-	-	0,7 % du PMSS	3 % du PMSS
Honoraires paramédicaux : Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	60 % de la BR	60 % de la BR	50 % de la BR	450 % de la BR
Médicaments : - pris en charge par la Sécurité Sociale - prescrits et non pris en charge par la Sécurité Sociale	entre 15 % et 100 % de la BR -	entre 85 % et 0 % de la BR -	Ticket modérateur -	Ticket modérateur Homéopathie : 70 €/an/bénéficiaire
Transport sanitaire	65 % de la BR	35 % de la BR	Néant	100 % des Frais Réels
Médecines douces (Ostéopathie, Chiropractie et Étiopathie, Acupuncture)	-	-	34 €/séance dans la limite de 12 séances/an *Les remboursements prévus au poste ci-dessus sont majorés de 50% pour les personnes dont le taux d'incapacité fixé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPHa) est supérieur ou égal à 80%)*	70 €/séance dans la limite de 6 séances/an
Appareillage				
Matériel Médical : - Orthopédie et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale (hors aides auditives) - Pansements - Oxygénothérapie, Appareillage d'assistance respiratoire et générateurs d'aérosol, dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés, Aliments spéciaux et aliments sans gluten - Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité Sociale	60 % de la BR 60 % de la BR 60 % de la BR 100 % de la BR	60 % de la BR 60 % de la BR 90 % de la BR 150 % de la BR	100 % de la BR 40 % de la BR 100 % de la BR 90 % du PMSS	300 % de la BR 100 % des Frais Réels 300 % de la BR 350 % de la BR + maxi 90 % du PMSS
Aides auditives				
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.				
Équipements 100 % Santé* (Classe 1)	100 % des Prix Limites de Vente (PLV) moins le Montant Remboursé (MR) par la Sécurité Sociale			
**Équipements 100 % Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de Classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).*				
Équipements à tarifs libres (Classe 2) : - Adulte de 21 ans ou plus/oreille/période de 4 ans - Enfant jusqu'à 20 ans/oreille/période de 4 ans - Piles remboursées et entretien	60 % de la BR 60 % de la BR 60 % de la BR	1 700 € - MR 1 700 € - MR 60 % de la BR	18 % du PMSS/oreille 18 % du PMSS/oreille 1,4 % du PMSS/an/bénéficiaire	350 % de la BR + 12 % du PMSS 350 % de la BR + 12 % du PMSS 250 €/an/bénéficiaire
Dentaire				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé*	70 % de la BR	100 % des HLF-MR	100 % des HLF-MR	100 % des HLF-MR
**Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité Sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV ou Honoraires Limites de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).*				
Soins (Hors 100 % Santé) : - Consultations, soins courants, radiologie, parodontologie pris en charge par la Sécurité Sociale - Inlays Onlays pris en charge par la Sécurité Sociale	70 % de la BR 70 % de la BR	50 % de la BR 50 % de la BR	100 % de la BR 100 % de la BR	350 % de la BR 350 % de la BR
Prothèses dentaires (Hors 100 % Santé) : - À tarifs limités** (limités aux HLF-MR) - À tarifs libres*** y compris prothèses sur implant	70 % de la BR 70 % de la BR	425 % de la BR 425 % de la BR	150 % de la BR 150 % de la BR	350 % de la BR 350 % de la BR
Couronnes sur Implant (Hors 100 % Santé) : - À tarifs limités** (limités aux HLF-MR) - À tarifs libres*** y compris prothèses sur implant	70 % de la BR 70 % de la BR	425 % de la BR 425 % de la BR	maxi 5 couronnes/an/bénéficiaire 10,5 % du PMSS 10,5 % du PMSS	maxi 5 couronnes/an/bénéficiaire 350 % de la BR 350 % de la BR

GARANTIES	CAMIEG	CAMIEG	RÉGIME DE BASE Obligatoire	RÉGIME AMÉLIORÉ Facultatif
Dentaire *(suite)*				
Inlays Core (Hors 100 % Santé) : - À tarifs limités** (limités aux HLF-MR) - À tarifs libres*** y compris prothèses sur implant	 70 % de la BR 70 % de la BR	 425 % de la BR 425 % de la BR	 150 % de la BR 150 % de la BR	 350 % de la BR 350 % de la BR
***Prothèses à tarifs limités** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les «Soins et prothèses 100 % Santé» dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV ou Honoraires Limites de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR). ***Prothèses à tarifs libres** : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.				
Parodontologie non prise en charge	-	-	9,2 % du PMSS /an/bénéficiaire	20 % du PMSS
Autres actes Hors Nomenclature non pris en charge par la Sécurité Sociale	-	-	30 % des Frais Réels limité à 500 €	30 % des Frais Réels limité à 500 €
Prothèses provisoires	70 % de la BR	425 % de la BR	2 % du PMSS pour 1 ou 2 dents 4 % du PMSS pour 3 dents 1 % du PMSS par dent supplémentaire	75 € /couronne ou stellite
Implantologie non prise en charge	-	-	20 % du PMSS (maxi 5 par an)	40 % du PMSS (maxi 5 par an)
Orthodontie : - Orthopédie dento-faciale prise en charge - Orthopédie dento-faciale non prise en charge	 100 % de la BR -	 260 % de la BR -	 200 % de la BR 300 % de la BR	 350 % de la BR 350 % de la BR reconstituée
Optique				
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.				
Verres et monture : Équipements 100 % Santé* (y compris prestation d'appairage 10 €)	-	100 % des PLV-MR dont monture 30 €	100 % des PLV-MR dont monture 30 €	100 % des PLV-MR dont monture 30 €
*Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).				
Équipement optique Adulte / Enfant (hors 100% Santé) : - Monture adulte - Monture enfant - Verres - Prestation d'adaptation	 60 % de la BR 60 % de la BR 60 % de la BR 60 % de la BR	 35 € 77 € VOIR GRILLE OPTIQUE 60 % de la BR	 100 € moins les régimes CAMIEG 100 € moins les régimes CAMIEG VOIR GRILLE OPTIQUE	 100 € moins les régimes CAMIEG 100 € moins les régimes CAMIEG VOIR GRILLE OPTIQUE
Autres postes optique : Les lentilles de contact correctrices - Prises en charge par la Sécurité Sociale (au-delà du forfait, Ticket Modérateur) - Non prises en charge par la Sécurité Sociale Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)	 60 % de la BR - -	 645 % de la BR Adulte 92,3€ - Enfant 151,2€ /an/bénéficiaire -	 1,5 % du PMSS 7,35 % du PMSS 32 % du PMSS / œil	 15 % du PMSS 15 % du PMSS 50 % du PMSS / œil
Maternité / Frais d'obsèques				
Forfait marternité	-	Frais achat layette : 320 €	-	-
Frais d'obsèques	-	640 €	-	-
Autres postes - Tout actes de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale				
Cure thermale prise en charge : - Frais d'hospitalisation et actes médicaux - Frais supplémentaires (selon ressources) hébergements - Frais supplémentaires (selon ressources) transport	 Soins médicaux : 70 % de la BR Soins thermaux : 65 % de la BR 65 % de la BR 65 % de la BR	 Soins médicaux : 50 % de la BR Soins thermaux : 55 % de la BR 135 % de la BR 35 % de la BR	 Forfait pour 21 jours : 8 % du PMSS -	 Forfait pour 21 jours : 10 % du PMSS -
Prévention, Vaccins	-	-	1,75 % du PMSS	1,75 % du PMSS
Pilules de 3ème ou 4ème génération - Forfait annuel	-	-	1,75 % du PMSS	3,5 % du PMSS
Ostéodensitométrie	70 % de la BR	50 % de la BR	2,8 % du PMSS	2,8 % du PMSS
Détartrage annuel des dents	70 % de la BR	50 % de la BR	70 % de la BR	70 % de la BR
Scellement des sillons sur molaires avant 14 ans	70 % de la BR	50 % de la BR	70 % de la BR	70 % de la BR
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse	-	-	Forfait 3,85 % du PMSS /an/bénéficiaire	Forfait 3,85 % du PMSS /an/bénéficiaire
Bilan du language oral ou écrit avant 14 ans par un orthophoniste	-	-		
Dépistage des troubles de l'audition par un orthophoniste	-	-		
Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer	-	-		
Substituts nicotiniques, test Hémoccult ou OC-Sensor, tensiomètre prescrits par un médecin	50 € /an pour les substitus nicotiniques			
Assistance				
Assistance	-	-	Oui	Oui
HDS	-	Oui	-	-

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS, Contrat d'Accès aux Soins, en 2016) • OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée concernant les chirurgiens et obstétriciens • BR : Tarif dont tient compte la Sécurité Sociale pour établir ses remboursements en secteur conventionné MR : Montant Remboursé par la Sécurité Sociale • TM : Ticket Modérateur = différence entre la base de remboursement et le remboursement Sécurité Sociale • FR : Frais réels correspondent aux montants facturés • PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale estimé à 3 864 € en 2024 • PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) OU HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF) : prix maximum de vente ou de facturation à l'assuré social. Les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les PLV ou HLF tels que définis par le code de la Sécurité Sociale • FRANCHISES MÉDICALES : constituent des sommes restant obligatoirement à charge des assurés sociaux dans la limite de 50 €/personne/an. Les franchises s'appliquent sur les boîtes de médicaments (0,50 €/boîte), les actes paramédicaux (0,50 €/acte le tout plafonné à 2 €/jour/professionnel de santé) et les transports sanitaires (2 €/acte, le tout plafonné à 4 €/jour).

GRILLE OPTIQUE

	CAMIEG		RÉGIME DE BASE Obligatoire		RÉGIME AMÉLIORÉ Facultatif			
	Part Complémentaire Obligatoire		En complément des remboursements CAMIEG		DANS LE RÉSEAU KALIXIA		HORS RÉSEAU	
					Y compris remboursements CAMIEG et régime de BASE			
PAR VERRE	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT	ADULTE	ENFANT
Verre simple Sphère 0 à 6 et Cylindre 0	50 €	43 €	35 €	53 €	420 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres		336 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres	
Verre simple Sphère 0 et 6 et Cylindre 0,25 à 4	50 €	43 €	55 €	66 €				
Verre complexe Unifocaux Sphère 6,25 à 12 et Cylindre 0	124 €	103 €	62 €	118 €	700 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres		560 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres	
Verre complexe Unifocaux Sphère ≥ 12,25 et Cylindre 0	124 €	103 €	115 €	198 €				
Verre complexe Unifocaux Sphère ≥ 6,25 et Cylindre 0,25 à 4	124 €	103 €	103 €	160 €				
Verre complexe Unifocaux Sphère 0 à 6 et Cylindre ≥ 4,25	124 €	103 €	94 €	123 €				
Verre complexe Unifocaux Sphère > 6,25 et Cylindre ≥ 4,25	124 €	103 €	142 €	205 €				
Verre complexe Multifocal et Progressif Sphère 0 à 4 et Cylindre 0	124 €	103 €	110 €	173 €				
Verre complexe Multifocal et Progressif Sphère 0 à 8 et Cylindre 0,25 à 4	124 €	103 €	156 €	192 €				
Verre très complexe Multifocal et Progressif Sphère 0 à 8 et Cylindre ≥ 4,25	185 €	197 €	156 €	192 €	800 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres		640 € / équipement 1 monture maxi 100 € et 2 verres	
Verre très complexe Multifocal et Progressif Sphère ≥ 4,25 et Cylindre 0	185 €	197 €	163 €	191 €				
Verre très complexe Multifocal et Progressif Sphère ≥ 8,25 et Cylindre ≥ 0,25	185 €	197 €	369 €	294 €				

10 CSM SALARIÉS NON STATUTAIRES

10.1 Démographie

Le Groupe ÉS compte 44 Salariés Non Statutaires au 31/12/2023 avec un âge moyen de 31.9 ans.

10.2 Description du régime actuel

Les Salariés Non Statutaires bénéficient d'un régime de base obligatoire, intervenant en complément du régime de base Sécurité social et du régime spécial Alsace Moselle, et de deux niveaux supplémentaires facultatifs proposant des garanties supérieures.

Le régime de base et les deux niveaux supplémentaires respectent le cahier des charges des contrats responsables.

10.3 Type et assiette de cotisation

Les cotisations sont exprimées :

- En pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociales (PMSS).

- **Structure de cotisation :**
    - Régime de Base : Cotisation unique
    - Option 1 : Cotisation unique
    - Option 2 : Isolé / Duo / Famille

10.4 Résultats techniques

Les résultats techniques par survenance sont synthétisés dans le tableau suivant :

Résultats non statutaires	2022	2023	2024
Cotisations brutes	41 939 €	42 673 €	46 710 €
Ratio S/P	**138%**	**124%**	**90%**

10.5 Garanties

GARANTIES		RÉGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
Hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, maternité)				
Frais de séjour :				
	Établissement conventionné	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels	100 % des Frais Réels
	Établissement non conventionné	100 % de la BR	100 % de la BR	600 % de la BR
Honoraires :				
	Médecins adhérents DPTAM	150 % de la BR	150 % de la BR	100 % des Frais Réels
	Médecins non adhérents DPTAM ou établissement non conventionné	130 % de la BR	130 % de la BR	200 % de la BR
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux)		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Forfait Patient Urgence		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Chambre particulière (hors établissement non conventionné)				
	En hospitalisation y compris chirurgie/anesthésie ambulatoire	-	-	5 % du PMSS / jour
	En maternité (8 jours maximum)	-	-	
	En centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, psychiatrie	-	-	100 % des Frais Réels pendant 90 jours
Frais d'accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de - 16 ans		-	-	4 % du PMSS / jour
				En centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle / en psychiatrie : frais de séjour, honoraires et chambre particulière limités à 90 jours par an, maintien du ticket modérateur pour les jours supplémentaires
Soins courants en secteur Conventionné et Non Conventionné (y compris maternité)				
Honoraires médicaux :				
	Consultation ou visite d'un médecin généraliste adhérent DPTAM	100 % de la BR	200 % de la BR	520 % de la BR
	Consultation ou visite d'un médecin généraliste non adhérent DPTAM	100 % de la BR	180 % de la BR	200 % de la BR
	Consultation ou visite d'un médecin spécialiste adhérent DPTAM	100 % de la BR	200 % de la BR	520 % de la BR
	Consultation ou visite d'un médecin spécialiste non adhérent DPTAM	100 % de la BR	180 % de la BR	200 % de la BR
	Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin adhérent DPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR	520 % de la BR
	Actes techniques médicaux et actes de chirurgie pratiqués par un médecin non adhérent DPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR
Imagerie médicale :				
	Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent DPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR	520 % de la BR
	Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent DPTAM	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité Sociale		100 % de la BR	100 % de la BR	450 % de la BR
Analyses non prises en charge par la Sécurité Sociale		-	-	0,7 % du PMSS
Honoraires paramédicaux :				
	Actes pratiqués par les auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ...	100 % de la BR	100 % de la BR	450 % de la BR
Médicaments :				
	Médicament pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Transport sanitaire (hors SMUR)		-	-	100 % des Frais réels
Médecines douces (Ostéopathie, Chiropractie et Étiopathie)		-	-	60 € / séance (maxi 4 séances / an / bénéficiaire)
				Les remboursements prévus au poste ci-dessus sont majorés de 50 % pour les personnes dont le taux d'incapacité fixé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapés (CDAPH) est supérieur ou égal à 80 %)
Appareillage				
Matériel Médical :				
	Orthopédie et prothèses médicales pris en charge par la Sécurité Sociale (hors aides auditives)	140 % de la BR (minimum TM)	140 % de la BR (minimum TM)	300 % de la BR
	Fauteuil roulant	-	-	350 % de la BR avec un minimum de 90 % du PMSS / an / bénéficiaire
Aides auditives				
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.				
	Équipements 100 % Santé* (Classe 1)	100 % des PLV - MR	100 % des PLV - MR	100 % des PLV - MR
	Équipements à tarifs libres (Classe 2) :	Limité à 1700 € - MR par aide auditive (hors accessoires)	Limité à 1700 € - MR par aide auditive (hors accessoires)	Limité à 1700 € - MR par aide auditive (hors accessoires)
	Adulte de 21 ans ou plus, par oreille et par période de 4 ans Enfant jusqu'à 20 ans, par oreille et par période de 4 ans	140 % de la BR (minimum TM)	140 % de la BR (minimum TM)	350 % de la BR + forfait si reste à charge 12 % du PMSS/ prothèse
	Piles remboursées et entretien	-	-	1,4 % du PMSS / an / bénéficiaire
	*Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).			
Dentaire				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé*		100 % des HLF - MR	100 % des HLF - MR	100 % des HLF - MR
Soins (Hors 100 % Santé) :				
	Consultations, soins courants, radiologie, parodontologie pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	350 % de la BR
	Inlays Onlays pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	350 % de la BR
Prothèses dentaires, y compris Inlays Core (Hors 100 % Santé) :				
	à tarifs limités**	130 % de la BR dans la limite des HLF	385 % de la BR dans la limite des HLF	350 % de la BR dans la limite des HLF
	à tarifs libres***	130 % de la BR	385 % de la BR	350 % de la BR
Couronnes sur Implant (Hors 100 % Santé) :				
	à tarifs limités**	130 % de la BR dans la limite des HLF	385 % de la BR dans la limite des HLF	350 % de la BR dans la limite des HLF
	à tarifs libres***	130 % de la BR	385 % de la BR	350 % de la BR
Parodontologie non prise en charge		-	-	Détartrage : 100 € / an / bénéficiaire Curetage : 150 € / an / bénéficiaire Chirurgie : 5,6 % du PMSS / an / bénéficiaire
Autres actes HN non pris en charge par la Sécurité Sociale		-	-	30 % du PMSS limité à 500 € / an
Prothèses provisoires (couronnes ou stellites provisoires) non prises en charge par la Sécurité Sociale		-	-	375 €
Implantologie non prise en charge (implant dentaire racine + pilier)		-	180 € par implant (maxi 2 implants par an et par bénéficiaire)	30 % du PMSS par implant (maxi 2 implants par an et par bénéficiaire)
Orthodontie :				
	Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité Sociale	125 % de la BR	380 % de la BR	350 % de la BR
	Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité Sociale	-	-	300 % de la BR Reconstituée

*Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité Sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV ou Honoraires Limites de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2 du code la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

**Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100 % Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale (Prix Limite de Vente : PLV ou Honoraires Limites de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité Sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).

***Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité Sociale.

GARANTIES		RÉGIME DE BASE	OPTION 1	OPTION 2
Optique				
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.				
Verres et monture :				
	Équipements 100 % Santé* (y compris prestation d'appairage)	100 % des PLV - MR dont monture 30 € et appairage 10 €	100 % des PLV - MR dont monture 30 € et appairage 10 €	100 % des PLV - MR dont monture 30 € et appairage 10 €
	***Équipements 100 % Santé** : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR).			
Équipement optique Adulte / Enfant (hors 100 % Santé)				
	1 monture + 2 verres	200 €	365 €	16 % du PMSS dans les limites prévues par le 100 % santé
	la part dédiée à la monture ne peut excéder	*100 €*	*100 €*	*100 €*
	Prestation d'adaptation	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Autres postes optique :				
	Les lentilles de contact correctrices :			
	Prises en charge par la Sécurité Sociale (au-delà du forfait, TM)	100 € / an / bénéficiaire	190 € / an / bénéficiaire	10 % du PMSS
	Non prises en charge par la Sécurité Sociale, y compris jetables	-	-	10 % du PMSS / an / bénéficiaire
	Chirurgie réfractive de l'œil (par œil, par an et par bénéficiaire)	230 €	430 €	13 % du PMSS
Autres postes				
Tout actes de prévention prévu à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale				
Cure thermale prise en charge (21 jours maximum) Frais d'hospitalisation et actes médicaux Frais supplémentaires hébergements (hors transport)		100 % de la BR	100 % de la BR	10 % du PMSS
Pansements		-	-	100 % des Frais réels
Vaccins sur prescription médicale		-	-	1,75 % du PMSS / an / bénéficiaire
Pilules de 3ème ou 4ème génération		-	-	1,75 % du PMSS / an / bénéficiaire
Psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse		-	-	Pack prévention 3,85 % du PMSS / an / bénéficiaire
Bilan du language oral ou écrit avant 14 ans par un orthophoniste		-	-	
Dépistage des troubles de l'audition par un orthophoniste		-	-	
Bracelet GSM sur prescription médicale pour Alzheimer		-	-	
Substituts nicotiniques, test Hémoccult ou OC-Sensor, tensiomètre prescrits par un médecin		-	-	