



CAHIER DES CHARGES

APPEL À PARTENARIAT POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE COMMUNALE

N° 2020CCAS01

CCAS d'Aubière
Place de l'Hôtel de Ville
CS 60044
63178 AUBIÈRE Cedex

1-OBJET DE L'APPEL À PARTENARIAT

Mise en place d'une couverture santé sélectionnée par le CCAS qui permettra à tous les administrés de la commune d'Aubière, sous réserve qu'ils justifient de leur qualité de résident de la commune, d'adhérer à la mutuelle à des conditions tarifaires attractives.

2- CONTEXTE

Le caractère social de ce projet réside dans l'opportunité qu'il constitue pour certains administrés d'avoir enfin accès à une mutuelle santé grâce à l'obtention de conditions tarifaires plus favorables que celles du marché.

L'objectif sur le plan de la solidarité est d'améliorer l'accès aux soins au plus grand nombre.

3- CONDITIONS

Le CCAS d'Aubière n'est qu'un intermédiaire entre l'entité portant l'offre et le souscripteur. L'assureur retenu contractualisera directement avec l'utilisateur.

La durée du partenariat est fixée à 3 ans .

4- PRESTATIONS

Afin d'en faciliter la compréhension, le candidat devra présenter les composantes de son offre sous forme de tableau présentant l'ensemble des niveaux de garanties, à savoir "minium", "moyen" et "maximum".

Le montant doit être indiqué en TTC.

Le panier 100% santé doit être inclus dans les 3 niveaux de garantie.

Les offres devront être accessibles sans droit d'entrée, sans délai de carence, sans questionnaire de santé, sans limite d'âge, sans condition de ressources et avec possibilité de paiements mensuels.

Un accompagnement au changement de prestataire doit être proposé.

5- SUIVI DU PARTENARIAT

La mutuelle retenue devra fournir annuellement au CCAS un bilan statistique des adhérents (nombre d'assurés et statistiques relatives à l'âge et aux catégories de soins).

Tous changements de tarifs devront être signifiés et soumis à l'accord du CCAS dans les 6 mois précédents leur effectivité.

6- MODALITÉS

le CCAS s'engage à mettre à disposition à titre gracieux une salle pour organiser une réunion publique en présence de l'organisme retenu et d'en faire l'information.

6-1- Documents à fournir

- Une plaquette regroupant l'ensemble des services et prestations
 - Une présentation d'un exemple chiffré des tarifs de remboursements dans et hors parcours de soins, illustrant les couvertures proposées :
- a) Pour les personnes âgées de 60 ans et plus
 - b) Pour les travailleurs non-salariés, agricoles ou non agricoles.
 - c) Pour les autres : famille composée de 2 adultes (40 ans) et 2 enfants.
 - L'appel à partenariat signé

7- DATE LIMITE DE RÉCEPTION DES OFFRES

Le lundi 21 septembre 2020 à 17h.

8- DÉLAI DE VALIDITÉ DES OFFRES

Le délai de validité des offres est de 120 jours.

9- CRITÈRES DE SÉLECTION

	Critères	Pondération
Note 1	Rapport entre qualité des différents niveaux de garanties et tarifs proposés. Une attention particulière sera apportée à la prise en charge des problématiques dentaires, oculaires et auditives. Accès possible à tous sans critères de restriction (âge, état de santé..).	60%
Note 2	Collaboration avec le CCAS : communication auprès de la population, transmission d'éléments d'évaluation de l'action ...	20%
Note 3	Moyens déployés pour garantir une relation personnalisée et de proximité avec l'assuré.	20%

10 – POUR RETIRER LES DOSSIERS

Le dossier d'appel à partenariat est disponible au téléchargement sur le site internet <http://ville-aubiere.fr/>

Adresse de transmission des offres :

CCAS D'AUBIERE
Place de l'Hôtel de Ville
CS60044
63178 AUBIERE Cedex

11- RENSEIGNEMENTS

Pour toutes demandes de renseignements, nous contacter :

- par mail à l'adresse suivante : magalie.laurent@ville-aubiere.fr
- par courrier à l'adresse :

CCAS D'AUBIERE
Place de l'Hôtel de Ville
CS60044
63178 AUBIERE Cedex

- par téléphone au 04-73-44-00-03

Fait en un seul original

À _____ le ____/____/2020

Mention(s) manuscrite(s) «**lu et approuvé**»

Signature du représentant légal
de l'assureur:

.....**Acceptation de l'offre**.....

est acceptée la présente offre pour valoir Acte d'Engagement.
Le représentant légal de la collectivité:

À _____ le ____/____/2020

Le Président,

Sylvain CASILDAS