



**BUREAU COMMUNAUTAIRE
SÉANCE DU 2 AVRIL 2024 À 18H00**

**Au siège de Grand Lac, Communauté d'agglomération
1500 boulevard Lepic 73 100 AIX-LES-BAINS**

Présents :

1	AIX-LES-BAINS	BERETTI Renaud	Pouvoir de Florian MAITRE
2	AIX-LES-BAINS	FRUGIER Michel	Pouvoir de Thibaut GUIGUE
3	AIX-LES-BAINS	MONTORO-SADOUX Marie-Pierre	
4	BOURDEAU	DRIVET Jean-Marc	
5	BRISON SAINT INNOCENT	CROZE Jean-Claude	
6	CHINDRIEUX	BARBIER Marie-Claire	
7	DRUMETTAZ-CLARAFOND	BEAUX-SPEYSER Danièle	Pouvoir de Nicolas JACQUIER
8	ENTRELACS	BRAISSAND Jean-François	
9	LA BIOLLE	NOVELLI Julie	
10	LA CHAPELLE DU MONT DU CHAT	MORIN Bruno	
11	LE BOURGET DU LAC	MERCAT Nicolas	
12	LE BOURGET DU LAC	SIMONIAN Edouard	
13	LE MONTCEL	HUYNH Antoine	
14	PUGNY-CHATENOD	CROUZEVALLE Bruno	
15	RUFFIEUX	ROGNARD Olivier	
16	SAINT OFFENGE	GELLOZ Bernard	
17	SAINT OURS	ALLARD Louis	
18	SERRIERES-EN-CHAUTAGNE	TOUGNE-PICAZO Brigitte	
19	TRESSERVE	LOISEAU Jean-Claude	
20	VIVIERS-DU-LAC	AGUETTAZ Robert	
21	VOGLANS	MERCIER Yves	

18 communes présentes.

L'assemblée s'est réunie sur convocation du 26 mars 2024, transmise dans les conditions prévues par les articles L. 2121-10 et L. 2122-8 du code général des collectivités territoriales, à laquelle était joint un dossier de travail comprenant l'ordre du jour, la note de synthèse et 7 projets de délibérations.

Le quorum est atteint en début de séance : la séance est ouverte avec 21 présents et 3 procurations

Julie NOVELLI est désignée secrétaire de séance.

La présente délibération peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Grand Lac ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Grenoble (2 Place de Verdun, BP1135, 38022 Grenoble Cedex), dans le délai de deux mois à compter de sa publication (acte réglementaire) ou de sa notification (acte individuel). Le tribunal administratif de Grenoble peut être saisi par la voie de l'application "Télérecours citoyens" sur le site www.telerecours.fr.



DÉLIBÉRATION

N° : 5 Année : 2024
Exécutoire le : 19 AVR. 2024
Publiée / Notifiée le : 19 AVR. 2024
Visée le : 08 AVR. 2024

RESSOURCES HUMAINES

Contrats d'assurance pour le risque prévoyance pour les agents de droit privé relevant du statut « non-cadre » et mutuelle santé pour les agents de droit privé « cadre et non-cadre »

Monsieur le Président rappelle que le Bureau communautaire du 6 février 2024 a approuvé la conclusion d'un contrat d'assurance pour le risque prévoyance et mutuelle santé des agents de droit privé avec l'assureur SwissLife. Il s'avère que cet assureur ne souhaite finalement plus contractualiser avec Grand Lac pour des raisons liées à des difficultés de gestion interne.

Monsieur le Président expose à l'assemblée qu'il convient donc de conclure ce contrat avec un autre assureur. Il rappelle que depuis le 1^{er} janvier 2024, la régie à autonomie financière de l'eau et de l'assainissement emploie des salariés relevant du droit privé, notamment en raison de la reprise en régie des missions précédemment effectuées par une société privée.

Il expose qu'en application des dispositions du code du travail et de la convention collective nationale des métiers de l'eau, la protection des salariés est une obligation réglementaire. Il est ainsi obligatoire pour un employeur de proposer à ses salariés une protection complémentaire en mutuelle santé, pour les frais et soins médicaux.

S'agissant de la protection complémentaire prévoyance, l'obligation de proposer une couverture prévoyance ne concerne que les salariés cadres et assimilés-cadres. Pour autant, la collectivité a fait le choix de proposer également cette protection complémentaire aux salariés non-cadres.

Il précise que la législation en vigueur prévoit une répartition de la charge entre le salarié et l'employeur.

Après contact avec une société de courtage en assurance, les contrats « Santé solution collective » ainsi que « Prévoyance solution collective » proposés par ALPTIS ont été retenus pour la prévoyance et la santé.

Il est précisé que le contrat santé mutuelle présenté concerne l'intégralité des agents de droit privé cadre et non-cadre.

En ce qui concerne le contrat de prévoyance, il ne concerne que les agents de droit privé relevant du statut « non-cadre ». Une prochaine délibération sera prise pour les agents de droit privé relevant du statut « cadre ». En effet, les garanties n'étant pas les mêmes, une démarche est en cours pour définir les garanties à couvrir.

Les principaux éléments des contrats sont les suivants :

- Contrat de prévoyance « non-cadre » :
 - o Garanties proposées : Invalidité, incapacité temporaire de travail avec franchise de 30 jours, décès
 - o Taux de cotisation : 1.66% (Tranche 1) et 2.85% (Tranche 2)
 - o Assiette de cotisation : montant du salaire brut mensuel
 - o Répartition de la charge : 50% salarié et 50% employeur

	Tranche 1	Tranche 2
Taux de cotisations	1,66 %	2,85 %

- Contrat de mutuelle santé « cadre et non-cadre » :
 - o Couverture du salarié : obligatoire
 - o Couverture des ayants-droits : facultative (au choix de l'agent entre Solo/Duo/Tribu)
 - o Taux de cotisation formule de base : 0.82% Solo - 1.44% Duo – 1.96% Tribu
 - o Taux de cotisation formules optionnelles : selon l'option selon le tableau ci-dessous
 - o Assiette de cotisation : montant du brut mensuel
 - o Répartition de la charge : 50% salarié et 50% employeur

	Taux de cotisations (en % du PMSS*)	Budget mensuel
Unique	-	-
Isolé	0,82 %	31,68 €
Famille	1,96 %	75,73 €
1 personne	0,82 %	31,68 €
2 personnes	1,44 %	55,64 €
3 personnes et +	1,96 %	75,73 €
Salarié	0,82 %	31,68 €
Conjoint	0,84 %	32,46 €
Enfant	0,53 %	20,48 €
Salarié + Enfants	-	-
Conjoint	-	-

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le budget en € annoncé dans ce devis est calculé sur la base d'un PMSS à 3 864,00€

Le contrat santé collectif est composé :

- D'une formule de base qui comprend les garanties communes obligatoire à l'ensemble des salariés,
- De formules optionnelles individuelles et facultatives qui correspondent à un complément essentiel de la formule de base. Le choix des options est à la charge exclusive des salariés.

Les crédits sont inscrits au budget.

Le Bureau de Communauté, après en avoir délibéré :

- APPROUVE le présent rapport,
- APPROUVE la conclusion du contrat pour le risque prévoyance auprès de ALPTIS pour les salariés de droit privé de la régie à autonomie financière de l'eau et de l'assainissement relevant du statut « non-cadre »,
- APPROUVE la conclusion du contrat pour la mutuelle santé auprès de ALPTIS pour les salariés de droit privé de la régie à autonomie financière de l'eau et de l'assainissement relevant des statuts « cadre et non-cadre »,
- AUTORISE Monsieur le Président à signer tous les actes nécessaires à cet effet.

Aix-les-Bains, le 2 avril 2024

Le Président,
Renau BERETTI



La secrétaire de séance,
Julie NOVELLI

- Délégués en exercice : 32
- Présents : 21
- Présents et représentés : 24
- Votants : 24
- Pour : 24
- Contre : 0
- Abstentions : 0
- Blancs : 0

Lyon, le 18/03/2024

Votre courtier conseil

Nom du cabinet :	STRATEGIES ET PERSPECTIVES D'AVENIR
Adresse :	
Interlocuteur :	
Coordonnées :	Téléphone : Email :
Numéro ORIAS :	12068073

Vous (entreprise adhérente)

Dénomination sociale :	GRAND LAC
Coordonnées :	Téléphone : Email :
Numéro de SIRET :	20006867400015
Régime social :	Sécurité sociale
CCN :	2147 - Eaux : services et assainissement
Collège à assurer :	Ensemble du personnel Effectif : 1 salarié Âge moyen : 33 ans

Garanties sélectionnées

Base de garanties (socle)	Niveau 0
Surcomplémentaire individuelle *	L'entreprise souhaite-t-elle donner l'accès à la souscription de renforts facultatifs à ses salariés ? Oui

* Renfort frais médicaux et renfort optique dentaire. Pour rappel, la surcomplémentaire est non responsable et sa cotisation est à 100% à la charge du salarié.

Votre projet pour le collège « Ensemble du personnel »

Date d'effet souhaitée : 12/04/2024

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*), ou en Frais réels incluent la prise en charge du Régime Obligatoire (RO)**. Les remboursements exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du Régime Obligatoire, sauf pour l'Équipement optique (monture + verres) dont le forfait en euros intègre l'éventuelle part du Régime Obligatoire. Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par Assuré et par année d'affiliation. Toutefois :

- ▶ pour l'Équipement optique (monture et verres) les prestations sont allouées soit par période de deux (2) ans, soit par période d'un (1) an pour les Assurés âgés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de vue, à compter de la date d'acquisition de l'Équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information.
- ▶ pour les aides auditives à compter du 01/01/2021, les prestations sont limitées à un Équipement tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'Assuré.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au Ticket Modérateur pour les actes visés par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Base de garanties socle entreprise

HOSPITALISATION	
SÉJOUR	NIVEAU ANI+
Frais de séjour	
En secteur conventionné	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
En secteur non conventionné	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Chambre particulière dont ambulatoire non prise en charge par le Régime obligatoire (par jour) (1)	-
Forfait journalier hospitalier non pris en charge par le Régime Obligatoire	Frais réels
Séjour accompagnant non pris en charge par le Régime Obligatoire (par jour)	-
HONORAIRES	NIVEAU ANI+
Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

SOINS COURANTS

HONORAIRES, ANALYSES ET EXAMENS

NIVEAU ANI+

Honoraires médicaux

Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Honoraires paramédicaux

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Analyses et examens de laboratoire

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

MÉDICAMENTS, MATÉRIEL MÉDICAL, CURES THERMALES ET TRANSPORT

NIVEAU ANI+

Médicaments pris en charge à 15 %, 30 % et 65 %

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Matériel Médical

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Supplément matériel médical, prothèse capillaire pris en charge par le Régime Obligatoire et lingerie prescrite prise en charge ou non par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)

-

Cures thermales

Honoraires médicaux : praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

-

Honoraires médicaux : praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

-

Frais d'établissement

-

Transport et hébergement pris en charge ou non par le Régime Obligatoire (**par année d'affiliation**) (2)

-

Transport

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Soins inopinés à l'étranger

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

AIDES AUDITIVES (3)

NIVEAU ANI+

Equipements 100% Santé – à partir du 1er janvier 2021 : Aide auditive de Classe I (4)

Frais réels

EQUIPEMENTS AUTRES QUE 100% SANTÉ

Prothèses auditives : Aides auditives de Classe II (et aides auditives de Classe I jusqu'au 31/12/2020)

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Autres prestations liées aux aides auditives (piles...) (**par année d'affiliation pour la garantie exprimée en euros**)

100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

DENTAIRE (5)

DENTAIRE PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

NIVEAU ANI+

Soins et prothèses 100% Santé (6)	Frais réels
Soins (dont inlays, onlays ; scellement sillons)	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Prothèses	125% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Inlay-core	125% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Orthodontie	125% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

DENTAIRE NON PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

NIVEAU ANI+

Prothèses (par prothèse, dans la limite de 2 par année d'affiliation)	-
Implants dentaires (par implant, dans la limite de 2 par année d'affiliation)	-
Parodontie (par année d'affiliation)	-
Orthodontie (par année d'affiliation)	-

OPTIQUE

NIVEAU ANI+

Équipement 100% Santé : Verres et Montures de Classe A, Suppléments et prestations (7) Frais réels

EQUIPEMENTS AUTRES QUE 100% SANTÉ : VERRES ET MONTURES DE CLASSE B (8)

Équipement à Verres simples (9)	100€
Équipement à Verres complexes (10)	200€
Équipement à Verres très complexes (11)	200€
Équipement à Verre simple + Verre complexe	150€
Équipement à Verre simple + Verre très complexe	150€
Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	200€
Suppléments et prestations	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

LENTILLES PRESCRITES Y COMPRIS LENTILLES JETABLES (PAR ANNÉE D'AFFILIATION)

Prises en charge par le Régime Obligatoire (2)	100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale
Non prises en charge par le Régime Obligatoire	-

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

NIVEAU ANI+

Chirurgie réfractive non prise en charge par le Régime Obligatoire (remboursement par oeil, par année d'affiliation)

MEDECINES COMPLEMENTAIRES ET PREVENTION		NIVEAU ANI+
Consultation en médecine complémentaire (par année d'affiliation) : shiatsu, acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, réflexologue, naturopathe, phytothérapeute, ergothérapeute, psychologue, sexologue, psychomotricien, sophrologue, hypnothérapeute, pédicure-podologue et diététicien		-
Médicaments non pris en charge (contraceptif...) et automédication (médicament disponible sans ordonnance dont homéopathie, et spécialité d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine) (par année d'affiliation)		-
Ostéodensitométrie non prise en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)		-
Sevrage tabagique pris ou non pris en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)		-
Vaccins non pris en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)		-
Actes de prévention		100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

MATERNITE		NIVEAU ANI+
Prime de naissance/adoption		-
Test dépistage trisomie (dont 21) prescrit non pris en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)		-
Aide à la procréation non prise en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)		-

SERVICES		
Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission		OUI
Assistance Santé Collective (se reporter à la Notice ASC)		OUI
Protection Juridique Santé (se reporter à la Notice PJS)		OUI
Participation aux actions de prévention santé ***		OUI
Téléconsultation		OUI

Surcomplémentaire individuelle facultative

Les renforts suivants viennent compléter les garanties de base souscrites par l'entreprise ; ces garanties sont non responsables et 100% à la charge du salarié.

Renfort Frais médicaux

Pour renforcer les remboursements des dépenses liées à une hospitalisation, des soins courants, des aides auditives et des cures thermales, pris en charge ou non par le régime obligatoire (uniquement en complément des actes et équipements hors 100% Santé).

Prestations renfort Frais médicaux	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
HOSPITALISATION			
Pour le secteur non conventionnée, les établissements et les unités spécialisées ne sont pas pris en charge			
Séjour accompagnant non pris en charge par le Régime Obligatoire (par jour)	15 €	20 €	25 €
Chambre particulière dont ambulatoire en secteur conventionné non prise en charge par le Régime Obligatoire (par jour)	30 €	40 €	50 €
Dépassement d'honoraires: chirurgiens, anesthésistes (Praticiens adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
SOINS COURANTS			
Dépassement d'honoraires médicaux (Praticiens adhérents et non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Matériel médical	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Cures thermales (par année d'affiliation)	100 €	200 €	400 €
AIDES AUDITIVES			
Dans la limite d'un équipement tous les quatre (4) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive			
Equipements autres que 100 % Santé : aides auditives de classe II	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Tarifs mensuels (souscription individuelle par salarié)			
Isolé	9,50 €	16,50 €	21,50 €
Duo	14,00 €	24,50 €	32,00 €
Famille	18,50 €	32,50 €	42,50 €

Renfort Optique Dentaire

Pour renforcer les remboursements des frais dentaires et d'optique, pris en charge ou non par le régime obligatoire (uniquement en complément des actes et équipements hors 100% Santé).

Prestations renfort Optique Dentaire	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
DENTAIRE			
DENTAIRE pris en charge par le Régime Obligatoire			
Prothèses autres que 100% Santé	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Inlay-core	50% BRSS	100% BRSS	200% BRSS
Orthodontie	25% BRSS	50% BRSS	100% BRSS
DENTAIRE			
DENTAIRE non pris en charge par le Régime Obligatoire			
Prothèses dentaires, orthodontie, parodontie et implantologie, non prises en charge par le Régime Obligatoire (par année d'affiliation)	50 €	100 €	200 €
OPTIQUE			
Dans la limite d'un équipement optique (monture et verres) soit par période de deux (2) ans, soit par période d'un (1) an pour les Assurés âgés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de vue, à compter de la date d'acquisition de l'Équipement optique			
Équipements (monture et verres) autres que 100% Santé : éléments de classe B	100 €	200 €	300 €
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le Régime Obligatoire, y compris lentilles jetables (par année d'affiliation)	100 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par le Régime Obligatoire (remboursement par œil, par année d'affiliation)	100 €	200 €	300 €
Tarifs mensuels (souscription individuelle par salarié)			
Isolé	14,00 €	25,00 €	32,00 €
Duo	20,50 €	36,50 €	48,00 €
Famille	27,00 €	48,50 €	63,50 €

ÉTUDE PERSONNALISÉE
Solution Santé Collective

* **BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale)** : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le Régime Obligatoire. Le taux de remboursement varie selon que le praticien soit adhérent ou non à un dispositif de pratique tarfaire maîtrisée.

** **RO (Régime Obligatoire)** : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie français auprès duquel les Assurés sont affiliés.

*** Ces actions de prévention vous sont proposées grâce aux cotisations d'association. Découvrez toute l'action associative sur www.alptis.org/agir-ensemble.

- (1) **La prise en charge de la chambre particulière dans les unités et établissements de soins spécialisés non conventionnés est exclue.**
- (2) **Lorsque le montant indiqué en euros est atteint au cours de l'année d'affiliation, la prise en charge est limitée au Ticket Modérateur.**
- (3) **La prise en charge de l'aide auditive est limitée au prix limite de vente pour une aide auditive de Classe I ou, à compter du 01/01/2021, de 1 700 € pour une aide auditive de Classe II.**
- (4) **Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de Classe I 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 Limites de Vente en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du Régime Obligatoire.**
- (5) **La somme maximale de prise en charge, au titre du présent contrat, de vos actes dentaires pris ou non pris en charge par le Régime Obligatoire, hors "Soins et prothèses 100 % Santé" et Soins "autres que 100 % Santé", est fixée à 3 500 €, par année d'affiliation, sauf en cas de dispositions conventionnelles contraires.**
- (6) **Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des Honoraires Limités de Facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du Code de la Sécurité sociale, 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 de la prise en régime du Régime Obligatoire.**
- (7) **Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des Équipements de Classe A à prise en charge renforcée tels que définis par l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du Régime Obligatoire. Le Prix Limite de Vente de la monture en Classe A est de 30 €.**
- (8) **La prise en charge de la monture de Classe B au sein de l'Équipement est limitée à 100 €.**
- (9) **Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.**
- (10) **Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.**
- (11) **Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8**

Et de nombreux services d'assistance !

Votre budget pour le collège « Ensemble du personnel »

	Taux de cotisations (en % du PMSS*)	Budget mensuel
Unique	-	-
Isolé	0,82 %	31,68 €
Famille	1,96 %	75,73 €
1 personne	0,82 %	31,68 €
2 personnes	1,44 %	55,64 €
3 personnes et +	1,96 %	75,73 €
Salarié	0,82 %	31,68 €
Conjoint	0,84 %	32,46 €
Enfant	0,53 %	20,48 €
Salarié + Enfants	-	-
Conjoint	-	-

*PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Le budget en € annoncé dans ce devis est calculé sur la base d'un PMSS à 3 864,00€

	Estimation du budget annuel global	
Unique	-	-
Isolé Famille	380 €	Ces montants correspondent à la couverture de vos salariés uniquement. Le coût relatif à leurs éventuels enfants et conjoints sera fonction de la démographie réelle de votre entreprise (*).
1 personne 2 personnes 3 personnes et +	380 €	Ces montants correspondent à la couverture de vos salariés uniquement. Le coût relatif à leurs éventuels enfants et conjoints sera fonction de la démographie réelle de votre entreprise (*).
Salarié Conjoint Enfant	380 €	Ces montants correspondent à la couverture de vos salariés uniquement. Le coût relatif à leurs éventuels enfants et conjoints sera fonction de la démographie réelle de votre entreprise (*).
Salarié + Enfants Conjoint	-	-

Ces budgets sont estimés sur l'effectif tarifé et donc sans prendre en compte les éventuels dispensés d'affiliation.

ÉTUDE PERSONNALISÉE
Solution Santé Collective

(*) Les cotisations relatives aux ayant droits de vos salariés seront calculées en fonction de la démographie réelle de votre entreprise. Elles peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par votre entreprise ou par vos salariés, en fonction des éventuelles dispositions de votre convention collective et de votre politique sociale.

Sauf dispositions conventionnelles spécifiques, votre participation dans le financement des cotisations, à l'exception de celles à la charge exclusive du salarié, doit être au minimum de 50%. Vous pouvez augmenter votre participation jusqu'à 100%.

Les points forts de notre offre solution Santé Collective

- Une offre modulaire pour répondre au plus près des besoins de votre entreprise : des garanties adaptées à vos obligations conventionnelles et à votre budget
- Pensez à activer nos 2 renforts : frais médicaux et optique-dentaire, non responsables, disponibles à la main du salarié, ils leur permettent de renforcer et personnaliser leur garantie, là où ils en ont le plus besoin. Les cotisations sont exclusivement à la charge du salarié
- Bénéficiez de notre service gratuit pour rédiger votre DUE
- Souscription dématérialisée grâce à la signature électronique
- Affiliation dématérialisée simple et rapide des salariés
- Gestion facilitée grâce à la compatibilité DSN
- Un espace entreprise plébiscité par nos entreprises adhérentes qui permet notamment :
 - La gestion de votre personnel
 - De consulter vos documents contractuels
 - De télécharger vos bordereaux de cotisation
 - De visualiser les flux DSN

De nombreux services inclus pour vos salariés :

- Une assistance à la carte avec des prestations qui s'adaptent à la situation de l'assuré (aide aux aidants, maternité, enfant immobilisé...) grâce à des enveloppes de services pouvant aller jusqu'à 425 € en cas d'hospitalisation, y compris en ambulatoire
- Téléconsultation 7j/7
- Protection juridique
- Tiers payant étendu, remboursements automatisés par télétransmission. Tiers Payant Actil Optique permettant de bénéficier de tarifs préférentiels
- Un espace adhérent pour consulter leurs remboursements, télécharger leur carte de tiers-payant, transmettre des documents...

Notre programme de prévention pour vos salariés : Santé Durable en Entreprise

Un programme qui permet aux salariés de bénéficier gratuitement d'ateliers autour de la santé, du bien-être et de la qualité de vie au travail





**Annexe à votre contrat Solution
Santé Collective**

**Information sur les frais de gestion et
le rapport prestations/cotisations
assureur.**

Madame, Monsieur,

Le contrat d'assurance santé auquel vous allez adhérer a été souscrit auprès de la Mutuelle Miltis.

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé :

- Le rapport prestations/cotisations(1) est de 68,70%
- Le taux des frais de gestion(2) s'établit à 35,19%

(1)Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2)Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.





ÉTUDE PERSONNALISÉE N° 1445005
Solution Prévoyance Collective

Lyon, le 22/12/2023

Votre courtier conseil

Nom du cabinet :	STRATEGIES ET PERSPECTIVES D'AVENIR
Adresse :	
Interlocuteur :	
Coordonnées :	Téléphone : Email :
Numéro ORIAS :	12068073

Vous (entreprise adhérente)

Dénomination sociale :	GRAND LAC
Numéro de SIRET :	20006867400015
Code NAF et Activité principale :	84.11Z - Administration publique générale
CCN :	2147 - Eaux : services et assainissement
Effectif total : (Tous collègues confondus)	1 salarié
Collège à assurer :	Non-cadre Effectif : 1 salarié Âge moyen : 33 ans Masse salariale annuelle de référence : <ul style="list-style-type: none">T1 : 28 000 €

Votre projet pour le collègue "Non-cadre"

Date d'effet souhaitée : 01/01/2024

Les garanties sont exprimées en pourcentage du salaire de référence (limité à la tranche 1 ou à la tranche 1 et 2) ou en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS) ou pourcentage du plafond annuel de sécurité sociale (PASS) ou en euros, selon la nature des garanties choisies.

Garantie Décès en capital

Garanties	Niveaux choisis
Garantie Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) Capital décès/PTIA toutes causes , variable selon la situation de famille du salarié <ul style="list-style-type: none">• Célibataire, Veuf, Divorcé• Marié, Pacsé, Concubin• Majoration par personne à charge	200% du salaire de référence 300% du salaire de référence 0% du salaire de référence
Capital décès/PTIA par accident Versement d'un capital supplémentaire	100% du capital Décès / PTIA toutes causes
Capital double effet Versement d'un capital supplémentaire en cas de décès ou PTIA simultané ou postérieur du conjoint	Doublement du capital Décès / PTIA toutes causes

Garantie Arrêt de travail

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire indiqué dans le tableau ci-dessous inclut les prestations en espèces versées par la Sécurité sociale au titre de l'arrêt de travail, et l'éventuel maintien de tout ou partie du salaire par l'employeur.

Le total perçu par le salarié (salaire, prestations Sécurité sociale, revenu de remplacement ou prestations complémentaires) ne saurait excéder 100% de son salaire net d'activité.

Garanties	Niveaux choisis
<p>Incapacité Temporaire de travail</p> <p>Versement d'indemnités journalières complémentaires au salarié en arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale</p>	<p>80% du salaire de référence</p>
<p>Franchise continue</p> <p>Nombre de jours d'arrêt de travail consécutifs pendant lesquels l'indemnisation n'est pas due</p>	<p>30 jours</p>
<p>Invalidité Permanente d'origine non professionnelle</p> <p>Versement au salarié d'une rente d'invalidité complémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Invalidité 1ère catégorie de la Sécurité sociale Invalidité 2ème et 3ème catégorie de la Sécurité sociale 	<p>60% du taux souscrit pour l'invalidité de 2ème et 3ème catégorie</p> <p>80% du salaire de référence</p>
<p>Incapacité Permanente d'origine professionnelle</p> <p>Versement au salarié d'une rente d'incapacité complémentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux d'incapacité permanente partielle entre 33 et 65% Taux d'incapacité permanente partielle entre 66 et 100% 	<p>N / 66ème du taux souscrit pour l'IPP comprise entre 66 et 100% (N = taux d'incapacité déterminé par la Sécurité sociale)</p> <p>80% du salaire de référence</p>

Votre budget pour le collègue « Non-cadre »

	Tranche 1	Tranche 2
Taux de cotisations	1,66 %	2,85 %
Budget mensuel	38,73 €	0,00 €

Compte tenu des informations que vous nous avez communiquées, votre budget mensuel global est estimé à **38,73 €**.

Ce tarif comprend la cotisation d'association de 0.01% de la tranche 1.

Ce montant ne tient pas compte de la répartition des cotisations entre vous et vos salariés.

Les taux de cotisations ci-dessus ne sont pas définitifs et pourront être revus dans les situations ci-dessous :

Etude médicale pour les entreprises de moins de 6 salariés :

Vos salariés doivent remplir le questionnaire de santé et le retourner dûment complété sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'ALPTIS ASSURANCES. Après étude, ALPTIS ASSURANCES vous recontactera pour vous informer des suites données à votre dossier.

Sinistralité en cours (arrêt de travail et/ou invalidité) à la date d'adhésion :

Si vous avez au moins un de vos salariés ou anciens salariés en arrêt de travail total ou partiel à la date d'établissement de la demande d'adhésion, alors ceux-ci doivent remplir le questionnaire de santé et le retourner dûment complété sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil d'ALPTIS ASSURANCES. Vous devez aussi nous retourner le formulaire de déclaration des sinistres en cours. Après étude, ALPTIS ASSURANCES vous recontactera pour vous informer des suites à donner à votre dossier.

Sinistralité en cours (rente éducation et/ou rente de conjoint) à la date d'adhésion :

Si vous avez au moins un bénéficiaire d'une rente éducation et/ou d'une rente de conjoint au titre du décès d'un de vos salariés et souscrit des garanties correspondantes chez Alptis, vous devez nous retourner le formulaire de déclaration des sinistres en cours. Après étude, ALPTIS ASSURANCES vous recontactera pour vous informer des suites à donner à votre dossier.

Durée de validité de la proposition : Jusqu'au « 22/03/2024 »

Accusé de réception préfecture

Objet de l'acte :

Délibération 5 : Contrats d'assurance pour le risque prévoyance pour les agents de droit privé relevant du statut " non-cadre " et mutuelle santé pour les agents de droit privé " cadre et non cadre ";

Date de transmission de l'acte : 08/04/2024

Date de réception de l'accusé de réception : 08/04/2024

Numéro de l'acte : d4948 ([voir l'acte associé](#))

Identifiant unique de l'acte : 073-200068674-20240402-d4948-DE

Date de décision : 02/04/2024

Acte transmis par : ESTELLE COSTA DE BEAUREGARD ID

Nature de l'acte : Délibération

Matière de l'acte : 4. Fonction publique
4.2. Personnel contractuel
4.2.4. Autres actes