



APPEL A PARTENARIAT POUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE COMMUNALE POUR LES GARCHOIS

Date limite de remise des plis : le 09 juin 2025 à 12h00 à l'adresse :
commande.publique@garches.fr

Propos liminaires

Consciente des inégalités croissantes en matière d'accès à une couverture santé complémentaire adaptée, la Ville de Garches s'engage à faciliter l'accès à des solutions de protection santé de qualité pour l'ensemble de ses administrés. En effet, de nombreux habitants, en particulier les retraités, les jeunes actifs, les travailleurs indépendants et les personnes aux revenus modestes, rencontrent aujourd'hui des difficultés à souscrire à une complémentaire santé offrant un niveau de garantie suffisant à un coût supportable.

Face à cette problématique de santé publique, la Ville de Garches souhaite mettre en place une démarche solidaire à travers le lancement d'un partenariat avec un organisme spécialisé. L'objectif de cette consultation est de sélectionner un prestataire qui aura pour mission d'élaborer, proposer et gérer une offre de complémentaire santé à tarifs préférentiels, négociés au bénéfice des Garchois.

Le prestataire retenu devra non seulement proposer des garanties attractives et accessibles, mais aussi assurer un accompagnement personnalisé des habitants tout au long de leurs démarches : information, souscription, gestion des contrats, aide à la résiliation des contrats existants si nécessaire. Ce dispositif a pour finalité de renforcer l'accès effectif aux soins, de limiter le renoncement aux soins pour raisons financières et de contribuer ainsi au bien-être et à la qualité de vie des habitants de Garches.

La Ville de Garches se positionnera exclusivement en facilitateur de la démarche : elle assurera la promotion de l'offre via ses supports institutionnels mais n'interviendra pas dans la relation contractuelle ou financière entre le prestataire et les administrés.

I/ Objet du partenariat

Le partenariat est conclu pour une durée de 2 ans (à compter de 3 juillet 2025), entre :

- La Ville de Garches
2 rue Claude Liard
92 380 Garches
- Le prestataire sélectionné, lequel prendra opérationnellement et techniquement en charge la mise en œuvre des contrats de complémentaire santé.

La Commune n'aura aucun rapport financier avec le prestataire retenu ni avec les habitants qui contracteront directement avec ce dernier.

II/ Conditions

Le candidat devra être le représentant d'une structure habilitée à proposer des contrats de complémentaire santé : mutuelle d'assurance, société d'assurance ou intermédiaire d'assurance, il sera sélectionné sur la base des critères décrits dans le présent document. Les habitants et les agents souscriront directement auprès de l'organisme retenu les contrats de protection santé complémentaire.

Le candidat s'engage à respecter l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur, notamment celles prévues par le Code des assurances et le Code de la mutualité, ainsi que toute évolution législative ou réglementaire applicable pendant toute la durée du contrat.

III/ Prestations demandées

Pour garantir une meilleure lisibilité des offres, les garanties proposées devront être présentées dans un tableau comportant obligatoirement plusieurs niveaux de garanties, à savoir : « minimum », « moyen » et « maximum », chaque niveau supérieur devant offrir des prestations équivalentes ou supérieures à celles proposées dans le niveau inférieur.

Le premier niveau de garantie devra entrer obligatoirement dans le cadre des « contrats responsables », et les niveaux suivants devront en excéder les limites, afin de proposer aux souscripteurs un large éventail de possibilités.

Le premier niveau de garantie devra correspondre aux garanties de complémentaire santé minimales mises en place en faveur des salariés du secteur privé en application de l'article L. 911-7 paragraphe II du code de la sécurité sociale (panier de soins « ANI »). Enfin, les garanties prévues dans les offres proposées par le candidat devront être exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie.

La hauteur des forfaits supplémentaires, notamment la chambre individuelle, les lunettes, les lentilles, les prothèses dentaires et autres, les soins dispensés par les spécialités médicales et paramédicales non remboursés par le régime obligatoire, les forfaits séniors (liste non limitative), devront être exprimés en Euros.

Au-delà de ces trois niveaux, des offres complémentaires pourront être apportées par le candidat.

IV- Services attendus

Les candidats devront proposer un ensemble de services compris, sans surcoût dans leurs prestations, et ce, quelle que soit la formule retenue par le souscripteur, à savoir :

- Formuler les composantes de son offre sous forme de tableau présentant l'ensemble des prestations garanties, le taux de prise en charge, la valeur réelle de la prise en charge (avec des exemples), le montant des cotisations selon la situation du bénéficiaire,
- Préciser les modalités de prise en charge des foyers bénéficiant de l'ACS et de la CMU ou de la CSS.
- Préciser de manière détaillée les modalités de prise en charge des dépassements d'honoraires, des forfaits hospitaliers, des soins dentaires, optiques, prothèses, des frais pharmaceutiques, vaccins, etc ,
- Détailler les partenariats avec les structures médicales et paramédicales (optique, médecin, pharmacie, hôpital, centre de rééducation ...),
- Préciser les délais de remboursement et la possibilité de suivre les remboursements par Internet,
- Préciser les modalités d'évolution possibles des garanties pour les adhérents,
- Définir les modalités d'accompagnement des adhérents pour la résiliation de leur ancienne assurance santé,
- Indiquer les modalités de résiliation pour les adhérents,
- Aucun frais de dossier,
- Garanties immédiates, sans délai d'attente ou de carence,
- Pas de questionnaire médical,
- Tiers payant et télétransmission opérationnels dès la souscription, sous réserve que le souscripteur fournisse sa carte d'assuré social,
- Demandes de remboursements des frais de santé prises en compte dans un délai maximum de 72h,
- Accès à un service en ligne permettant la gestion de son compte et à un conseiller privilégié joignable par téléphone.

V/ Modalités d'exécution du partenariat

La commune, par convention avec l'organisme sélectionné, orientera les habitants et les agents demandeurs vers ce dernier et mettra à disposition une salle pour organiser une réunion publique en présence de l'organisme retenu.

VI/ Documents à fournir

- Document de présentation de l'organisme (nom, lieu, date de création, forme juridique...),
- Plaquette de prestations et services,
- Une présentation d'un exemple chiffré des tarifs de remboursements dans et hors parcours de soins illustrant les couvertures proposées :
 - Pour les personnes âgées de 60 ans et plus
 - Pour les étudiants
 - Pour les travailleurs non-salariés, agricoles ou non agricoles
 - Pour les autres : famille composée de 2 adultes (40 ans) et 2 enfants
- Les services complémentaires.

VII/ Critères de sélection

Afin d'en faciliter la compréhension, le candidat devra formuler les composantes de son offre sous forme de tableau présentant l'ensemble des prestations garanties, le taux de prise en charge et le montant réel ainsi que le montant des cotisations.

Les propositions des candidats seront examinées selon les critères définis ci-dessous :

	Critères	Note sur 100 points
1	Rapport entre qualité des garanties et tarifs proposés, avantages annexes et actions de prévention. Une attention particulière sera apportée à la prise en charge des problématiques dentaires, oculaires et auditives.	60 points
2	Respect des prestations demandées et des services attendus	20 points
3	Moyen mis en œuvre dans la relation avec le bénéficiaire (proximité, accueil, permanences physiques, accès internet...).	20 points

Le candidat ayant obtenu la meilleure note globale sera alors retenu.

VIII/ Suivi du partenariat

Le candidat retenu s'engage à fournir chaque année les éléments permettant d'assurer une visibilité sur ce dispositif mis en place, à savoir :

- Le nombre d'assurés (nouveaux et anciens pour chaque année)
- Les statistiques relatives aux frais de dépenses par catégorie de soins : soins médicaux courants, soins optiques, hospitalisations, soins dentaires et autres.
- Les statistiques relatives à l'âge des souscripteurs et leurs situations socio-professionnelles,
- Le suivi clientèle : nombre de permanences effectuées, contacts téléphoniques afférents au partenariat
- Le suivi de l'évolution des tarifs.

IX/ Clause de confidentialité

Les parties sont réciproquement soumises à une obligation de confidentialité, de respect du secret et de la loi Informatique et Libertés.

Chaque partie qui, à l'occasion de la négociation ou de l'exécution de la présente convention, a reçu communication d'informations, documents ou objets quelconques est tenue de maintenir secrète et confidentielle cette communication et son contenu. Elle s'engage, en conséquence, à ne les faire connaître à aucune tierce personne ni à les utiliser à d'autres fin que celles mentionnées à la convention sans avoir, au préalable, reçu l'autorisation écrite et explicite de l'autre partie.

X/ Date de remise des propositions

Les propositions sont à adresser par mail à l'adresse suivante : commande.publique@garches.fr avant le lundi 09 juin 2025 à 12h00.

Renseignements auprès de Christine RODRIGUES, Directrice du service des finances/commande publique au 01 47 95 67 46 ou par écrit à l'adresse mail suivante : commande.publique@garches.fr