



Réunion d'information employeurs

Convention de participation Santé



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

Vos interlocuteurs dédiés



Dany LEMPEREUR

Directrice générale adjointe

Magali WALTERSPIELER

Directrice du pôle,
prévention et santé au travail



Julien CARACCIOLO

Responsable Grands Comptes

Julien.caracciolo@relyens.eu



Guénaëlle LETELLIER

Chargée Grands Comptes

guenaelle.letellier@interiale.fr



Sommaire

01

Relyens & Intérieure, le choix de votre CDG

04

L'adhésion de la collectivité

02

Le rôle de la complémentaire santé pour vos agents

05

L'adhésion de vos agents

03

La complémentaire santé négociée pour votre convention

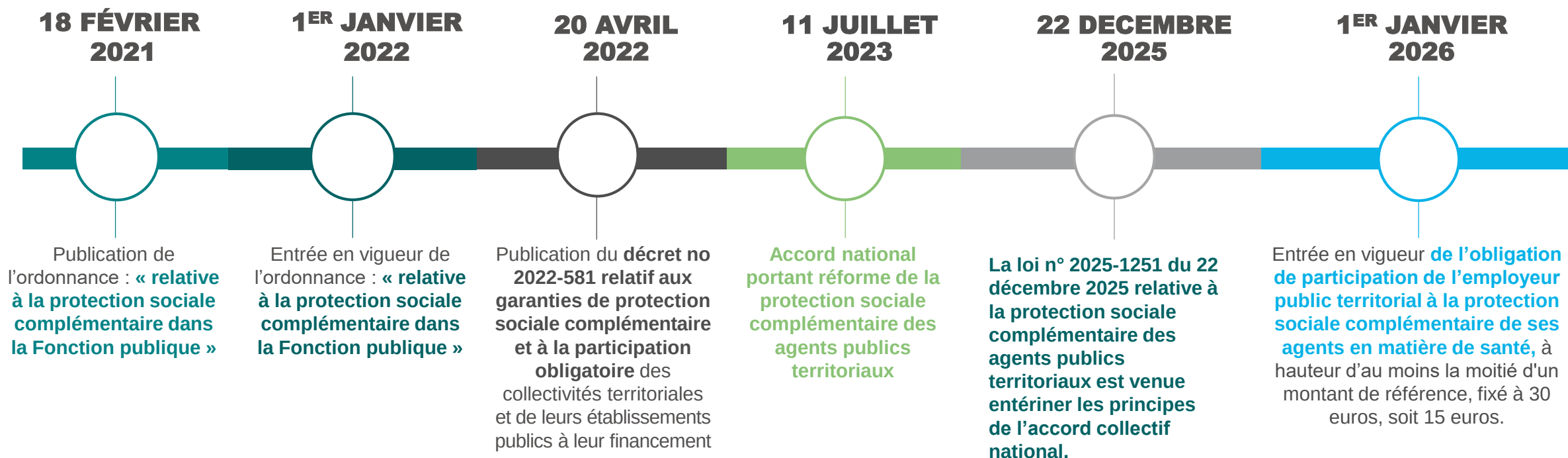




Rappel de la réforme de la protection sociale et contexte de mise en œuvre de la convention du CDG 51



Rétrospective de la réforme protection sociale



Rappel de la démarche mise en œuvre

- De Septembre 2025 à Juin 2026 : mise en œuvre de la démarche d'appel à Concurrence par le CDG 51, qui s'est fait épaulé par un assistant à maîtrise d'ouvrage (AMO). Ce binôme assurera également le suivi pluriannuel du contrat.
- Constitution d'un **comité paritaire de pilotage et de suivi (CPPS)** composé des représentants des employeurs publics et des organisations syndicales représentatives à l'échelle départementale.



Ce comité a eu pour mission de :

- mener la production d'un cahier des charges cohérent avec les besoins des agents du territoire, souhaité par le centre de Gestion afin de favoriser la mise en oeuvre d'un contrat concerté et plus facilement accueilli.
- Le CPPS assurera également le suivi et le pilotage du contrat.

- Réalisation d'un appel d'offres pour la conclusion **d'une convention de participation à adhésion FACULTATIVE** pour les agents titulaires et non titulaires selon 3 régimes de couverture.



Une attention particulière sur les critères de choix :

- ✓ Encadrement des évolutions tarifaires
- ✓ Conditions d'adhésion
- ✓ Moyens de gestion

- ✓ Conditions de solidarité intergénérationnelle
- ✓ Prévention et action sociale



01

Relyens et Intériale, le choix de votre Centre de gestion



Pourquoi sommes-nous réunis ?

Le Centre de gestion de votre département a retenu :



pour la mise en place
d'une convention de participation santé



Date d'effet

1 janvier 2027

Date de fin

31 décembre 2032



6 ans

- **Relyens** : courtier en charge de coordonner la promotion du dispositif et de piloter la convention
- **Intériale** : mutuelle en charge de porter les risques, déployant ses outils d'adhésion et de gestion



Groupement Relyens / Intériale : le rôle de chacun



Groupe mutualiste européen,
courtier de référence en assurance
et management des risques, au
service des collectivités

Le pilote du groupement

- **Sélection de l'assureur et négociation de l'offre**
- **Promotion de la convention :**
 - Plan de déploiement coordonné
 - Supports de communication
 - Réunions employeurs / agents



30
CDG
en santé
(2026)



+ 3 700
collectivités
adhérentes
(2026)



Mutuelle experte des collectivités
territoriales et les établissements
publics depuis 150 ans

La mutuelle

- **Gestion du dispositif, espaces clients**
 - Adhésions employeurs & agents
 - Gestion des cotisations
 - Gestion des prestations
- **Portage des risques**
 - Suivi de la consommation
 - Suivi financier



+ 587 000
personnes protégées
(2026)



02

Le rôle de la complémentaire santé pour vos agents



Qu'est-ce que la complémentaire santé ?

La complémentaire santé intervient en cas de maladie, accident, maternité et **complète la couverture apportée par la Sécurité sociale**

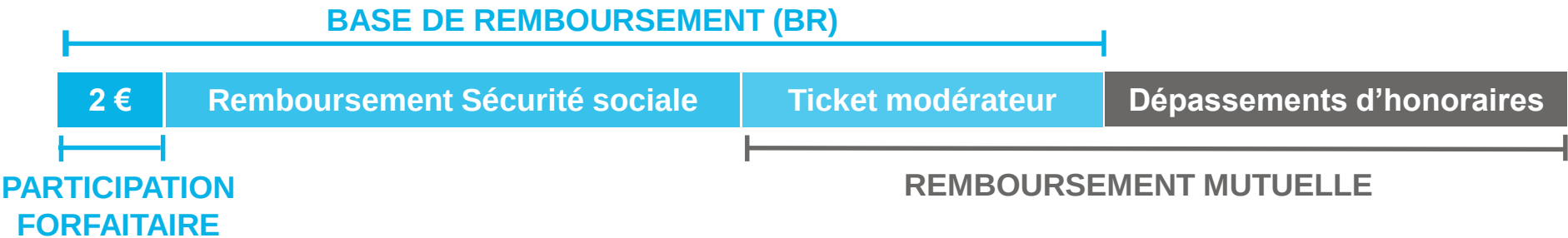


La complémentaire santé permet **le remboursement aux agents des frais partiellement couverts ou non par la Sécurité sociale**, comme l'achat de médicaments, les frais d'optique, le forfait journalier, les frais dentaires



Comment fonctionne la complémentaire santé ?

Quels remboursements pour les dépenses de santé ?



Le parcours de soins coordonnés impose à tous les assurés de plus de 16 ans de choisir un médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste (sauf exceptions), afin d'obtenir le remboursement standard des dépenses de santé prévue par le régime obligatoire d'assurance maladie.

RESPECT DU PARCOURS DE SOINS

- Base de remboursement classique : 30 € pour un généraliste
- Remboursement Sécurité sociale à 70 %
- Le ticket modérateur pris par la mutuelle est de 30 %

HORS PARCOURS DE SOINS

- Base de remboursement diminuée : 23 € au lieu de 30 €
- Remboursement Sécurité sociale à 30 %
- Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle reste à 30 % et ne peut compenser la baisse de la Sécurité sociale



Dispositif 100 % Santé : de quoi s'agit-il ?



Dans le cadre de la réforme 100 % santé, les professionnels de santé (en dentaire, optique et audiologie) ont l'obligation de transmettre un devis sans reste à charge (RAC). Les agents peuvent ensuite faire procéder à l'analyse de devis.

La réforme 100 % Santé prévoit 3 types de paniers

1

Les paniers 100 % Santé ou RAC 0, dont les caractéristiques permettent un remboursement intégral par la Sécurité sociale et la complémentaire santé

2

Les paniers « maîtrisés », qui ne concernent que le domaine dentaire, dans lequel les tarifs des chirurgiens-dentistes ont été plafonnés, mais qui peut laisser un reste à charge après remboursement par le régime obligatoire et par le régime complémentaire

Les paniers maîtrisés représentent des actes où les honoraires de facturation sont limités

3

Les paniers « libres », dans lequel les soins et équipements ne répondent pas aux critères de la réforme (optique, audio, dentaire) et peuvent laisser un reste à charge (voire ne pas être pris en charge par la complémentaire santé)



A qui s'adresse la complémentaire santé ?

Les adhérents

- Agents titulaires et stagiaires,
- Agents non-titulaires de droit public et de droit privés (contractuels, CUI, apprentis),
- Assistants familiaux,
- Assistants maternels,
- Agents détachés auprès du Centre de Gestion de la Fonction publique territoriale de la Marne ou auprès des employeurs publics et rémunérés par celles-ci.
- Les agents retraités et leurs ayants droits



Les ayants-droits

- Le conjoint, concubin, ou cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) du membre participant, sans condition d'âge
- Les enfants sont pris en charge jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire.

Cette limite est portée au 28^{ème} anniversaire en cas de poursuite des études (avec présentation d'un justificatif, annuellement) ou pour les enfants inscrits à Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi

Aucune limite d'âge pour les enfants en situation de handicap avec un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %

Pas de délai de carence

Aucune limite d'âge

Pas de questionnaire médical



Quels sont les avantages de la convention de participation santé ?

Votre CDG vous propose d'adhérer à sa convention de participation



La convention de participation est **une complémentaire santé mutualisée au niveau départemental avec un interlocuteur unique choisi par votre CDG**, alors que la labellisation est un principe de complémentaire santé individuelle où l'agent doit choisir seul sa mutuelle.

Les avantages pour votre collectivité

- **Mise en concurrence** réalisée par le CDG
- **Attractivité renforcée** vis-à-vis de vos agents
- **Accompagnement** pour informer vos agents
- **Rôle actif de l'employeur** dans la protection de ses agents
- **Harmonisation de la couverture** de vos agents

Les avantages pour vos agents

- **Accès** à une offre analysée par le CDG
- **Sécurisation** des garanties proposées
- **Tarification négociée** grâce à la mutualisation
- **Gestion des cotisations** assurée par l'employeur
- **Accès à des services** de gestion et de bien-être



Bon à savoir ! La participation employeur

- Défend le pouvoir d'achat de vos agents
- Vient en déduction de la cotisation due par l'agent
- Est un élément attractif pour vos recrutements
- Doit faire l'objet d'une délibération
- en € ou en pourcentage, 4 modalités possibles :

Participation identique pour tous les bénéficiaires

Modulation en fonction du revenu brut indiciaire

Modulation en fonction de la situation familiale

Modulation en fonction du revenu brut indiciaire et de la situation familiale



1^{ER} JANVIER 2026

Entrée en vigueur de l'obligation de participation de l'employeur public territorial à la protection sociale complémentaire de ses agents, en matière de santé, à hauteur d'au moins la moitié d'un montant de référence, fixé à 30 euros, soit 15 euros.



03

**La complémentaire santé
négociée pour votre convention**



Les garanties couvertes selon les formules choisies

LES GARANTIES COUVERTES PAR LA COMPLEMENTAIRE SANTE

- Les soins courants
- L'hospitalisation
- L'optique
- Le dentaire
- L'audiologie
- Les services +



3 FORMULES POUR REpondre AUX BESOINS DE CHACUN

Régime 1

Agent, sans souci médical identifié souhaitant être couvert pour **les soins courants et les hospitalisations imprévues. Accès au 100 % santé**

Régime 2

Agent désirant bénéficier de la médecine douce et **d'un niveau élevé de garanties**. Famille avec des besoins médicaux identifiés pour au moins un bénéficiaire (ex : optique) **Accès au 100 % santé**

Régime 3

Agent avec des besoins spécifiques en optique et en dentaire et désirant **une couverture maximale** (ex : implantologie) **Accès au 100 % santé**



Quelques termes à connaître

- BR = Base de Remboursement
- TM = Ticket Modérateur
- OPTAM = Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée



Les garanties : Soins courants

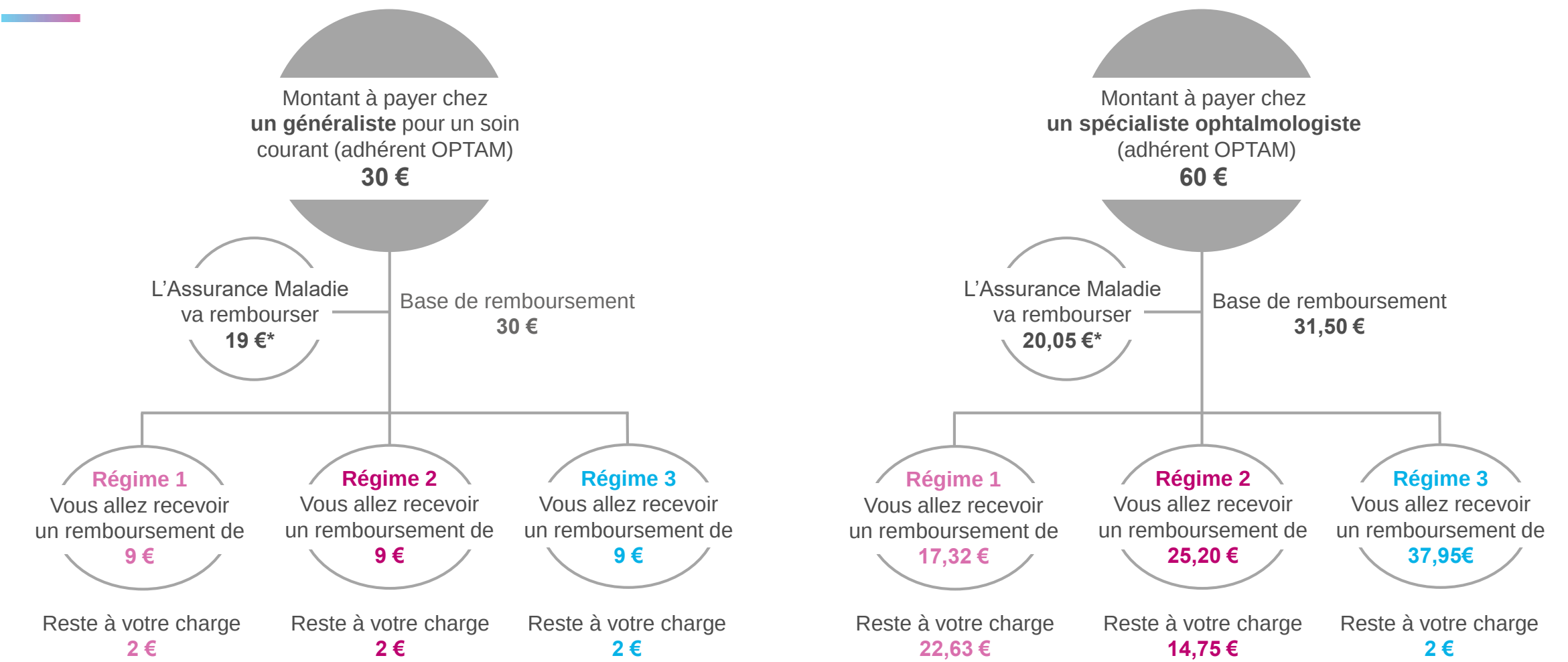


	RÉGIME 1 Panier de soins	RÉGIME 2 Garanties renforcées	RÉGIME 3 Garanties supérieures
Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle ⁽¹⁾			
SOINS COURANTS			
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur en % de la base de remboursement (BR) ⁽¹⁾			
Honoraires médicaux			
Consultations / visites généralistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Consultations / visites généralistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Consultations / visites spécialistes OPTAM	125% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Consultations / visites spécialistes NON OPTAM	105% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Actes techniques médicaux OPTAM (actes de spécialités)	120% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Actes techniques médicaux NON OPTAM	100% de la BR	130% de la BR	180% de la BR
Imagerie médicale / radiologie OPTAM	100% de la BR	125% de la BR	200% de la BR
Imagerie médicale / radiologie NON OPTAM	100% de la BR	105% de la BR	180% de la BR
Analyses médicales en laboratoire / examens	100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Dispositif "Mon soutien psy"	100 % de la BR	100 % de la BR	100% de la BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100% de la BR	125% de la BR	150% de la BR
Médicaments (pharmacie dont vaccins et contraception prescrite et prise en charge)	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale - forfait annuel	0 €	20 €	100 €
Transport	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR



Exemples de remboursements :

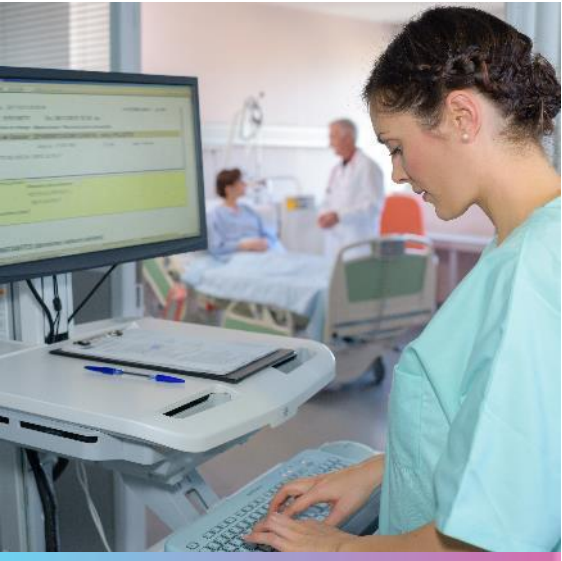
Soins courants – médecin généraliste et spécialiste



*100% remboursé – 2 € forfaitaires



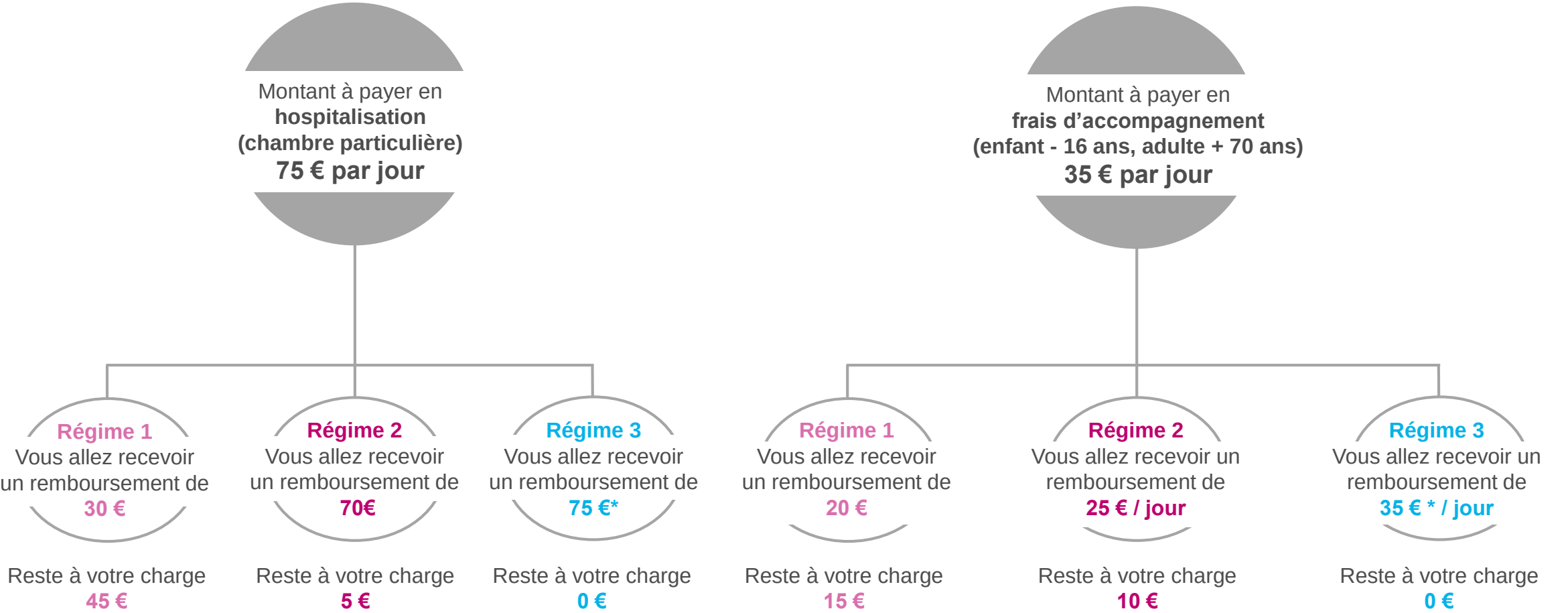
Les garanties : Hospitalisation



	RÉGIME 1 Panier de soins	RÉGIME 2 Garanties renforcées	RÉGIME 3 Garanties supérieures
	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle ⁽¹⁾		
Frais de séjour	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux OPTAM / OPTAM ACO	125% de la BR	200% de la BR	300% de la BR
Honoraires médicaux / actes chirurgicaux NON OPTAM / NON OPTAM ACO	105% de la BR	180% de la BR	200% de la BR
Forfait hospitalier journalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière avec nuitée (par jour et sans limite)	30 €	70 €	80 €
Chambre particulière sans nuitée (par jour et sans limite)	10 €	20 €	30 €
Frais d'accompagnement enfant de - 16 ans (par jour et sans limite)	20 €	30 €	40 €



Exemples de remboursements : Hospitalisation



* Les remboursements ne peuvent pas être supérieurs aux coûts des soins



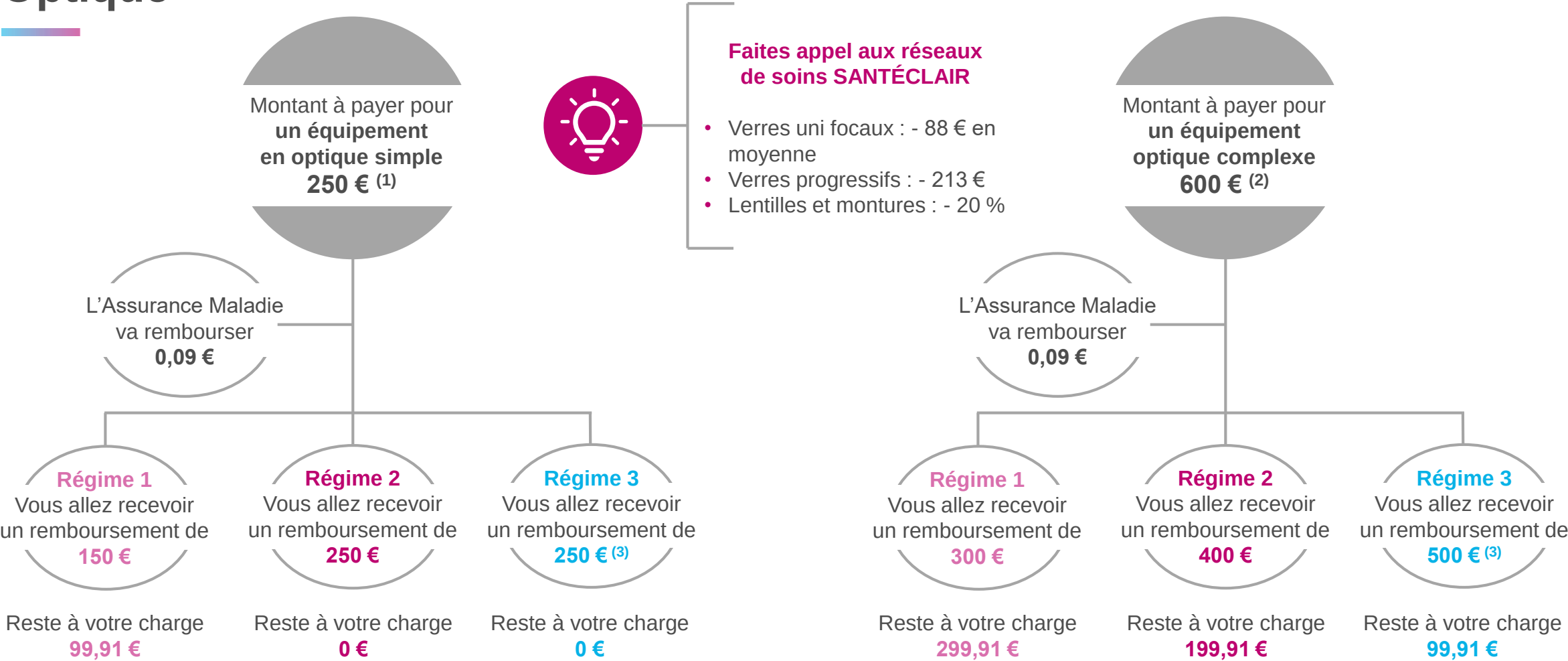
Les garanties : Optique



		RÉGIME 1 Panier de soins	RÉGIME 2 Garanties renforcées	RÉGIME 3 Garanties supérieures
		Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle ⁽¹⁾		
OPTIQUE				
Équipement « 100 % santé » - classe A prise en charge dans la limite des PLV ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		Remboursement intégral 100% santé		
Frais d'optique autres – classe B – PANIER TARIFS LIBRES ; remboursement par équipement (dont remboursement de la monture limité à 100 €)				
Verres simples		150 €	250 €	350 €
Verres complexes		300 €	400 €	500 €
Verres très complexes		300 €	500 €	600 €
Périodicité		1 fois tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas de changement de correction et enfant selon l'âge ⁽⁵⁾		
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire, au-delà remboursement à hauteur du panier de soins)		100 €	200 €	250 €
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables (par an et par bénéficiaire)		100 €	150 €	200 €
Chirurgie réfractive (par œil)		0 €	150 €	300 €



Exemples de remboursements : Optique



⁽¹⁾ L'équipement optique comprend une monture limitée à 100 € et deux verres simples
⁽²⁾ L'équipement optique complexe comprend une monture limitée à 100 € et deux verres complexes
⁽³⁾ Les remboursements ne peuvent pas être supérieurs aux coûts des soins



Les garanties : Dentaire



Rappel
réforme
100 % santé

	 DENTS DU SOURIRE	 2 ^e PRÉMOLAIRE	 MOLAIRE	 PANIER 100% SANTÉ
Métallique	290 €*	290 €*	290 €*	 TARIFS MAÎTRISÉS
Céramique en zirconie	440 €*	440 €*	440 €*	
Céramique hors zirconie	500 €*	550 €*	550 €*	
Céramo-métallique	500 €*	550 €*	Tarif libre	
Céramo-céramique	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	
Sur implant	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	
				 LIBRE

* Prix limites de vente.

RÉGIME 1
Panier de soins

RÉGIME 2
Garanties renforcées

RÉGIME 3
Garanties supérieures

Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle⁽¹⁾

DENTAIRE

Soins et prothèses « 100 % santé »
prise en charge dans la limite des HLF*

Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAÎTRISÉS
(dans la limite des HLF y compris Inlay - Onlay)

Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES
(y compris Inlay - Onlay)

Soins hors « 100 % santé »

Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par pro-
thèse, dans la limite de 3 prothèses par an)

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)

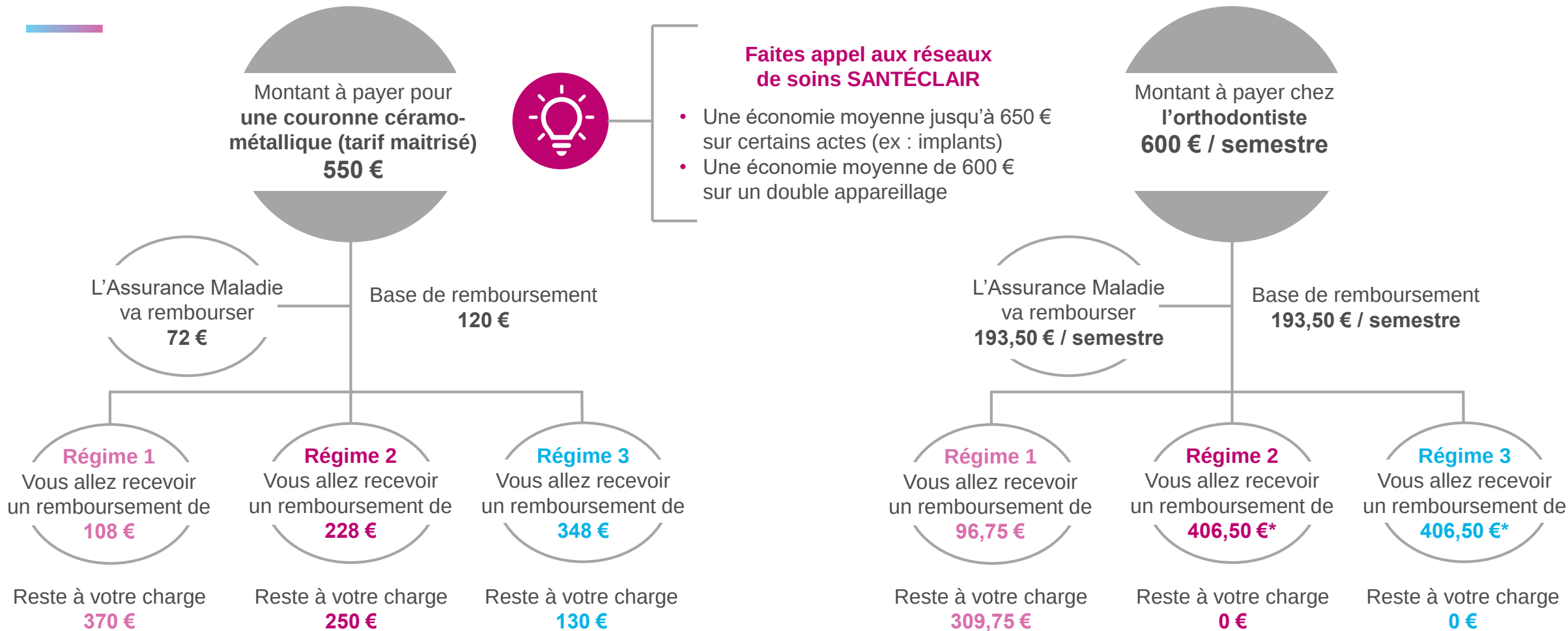
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par
la Sécurité sociale (par an)

Implants (par an)⁽³⁾

	Remboursement intégral 100% santé		
Prothèses au sein du PANIER TARIFS MAÎTRISÉS (dans la limite des HLF y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	250% de la BR	350% de la BR
Prothèses au sein du PANIER TARIFS LIBRES (y compris Inlay - Onlay)	150% de la BR	300% de la BR	400% de la BR
Soins hors « 100 % santé »	100% de la BR	150% de la BR	200% de la BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (par pro- thèse, dans la limite de 3 prothèses par an)	100 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% de la BR	350% de la BR	425% de la BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	0 €	150 €	300 €
Parodontologie / gingivectomie non remboursée par la Sécurité sociale (par an)	60 €	200 €	300 €
Implants (par an) ⁽³⁾	100 €	600 €	900 €



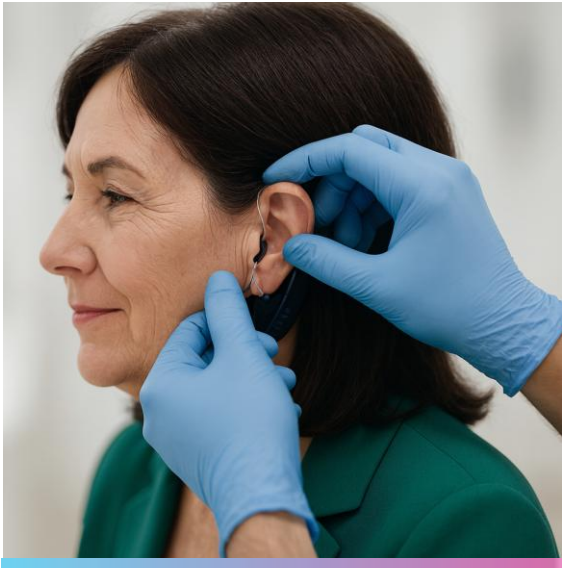
Exemples de remboursements : Dentaire



* Les remboursements ne peuvent pas être supérieurs aux coûts des soins



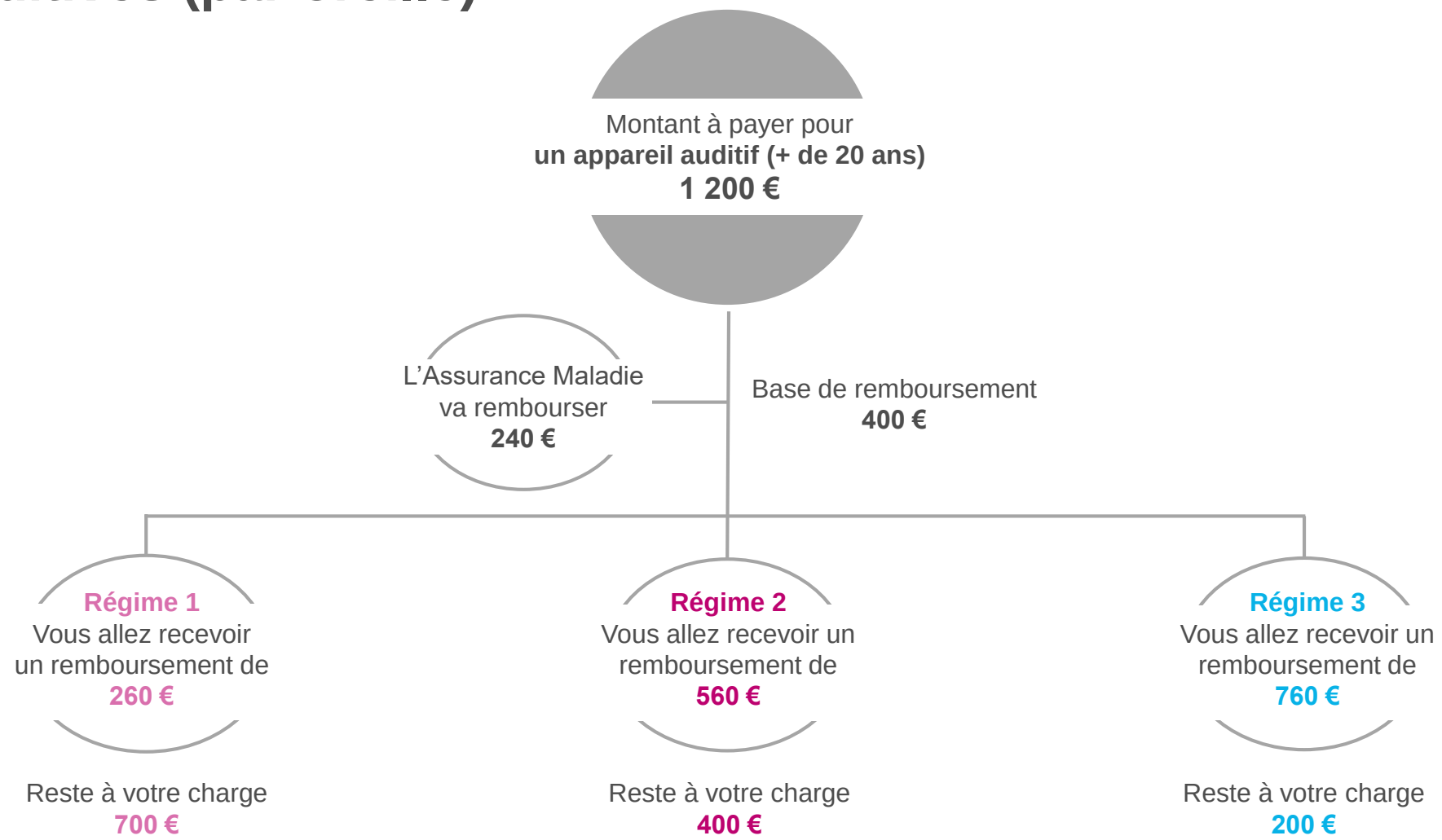
Les garanties : Aides auditives



	RÉGIME 1 Panier de soins	RÉGIME 2 Garanties renforcées	RÉGIME 3 Garanties supérieures
	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle ⁽¹⁾		
AUDIOLOGIE			
Équipement « 100 % santé » - classe I prise en charge dans la limite des PLV* ⁽⁴⁾		Remboursement intégral 100% santé	
Équipement auditif hors «100 % santé » - classe II - PANIER TARIFS LIBRES (maxi 1 700 € par oreille, à compter du 1 ^{er} janvier 2021)		100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 400 €
Périodicité (équipement auditif par oreille)		1 fois tous les 4 ans et par bénéficiaire	
Petits accessoires auditifs (piles...) ou forfait entretien		100% de la BR	100% de la BR



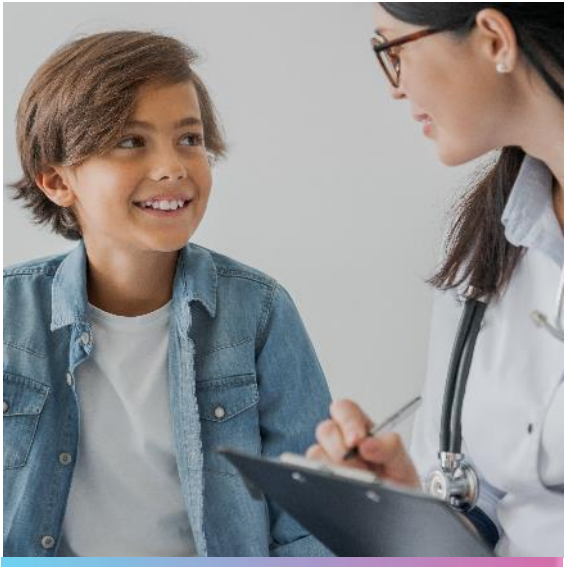
Exemples de remboursements : Aides auditives (par oreille)



* Les remboursements ne peuvent pas être supérieurs aux coûts des soins



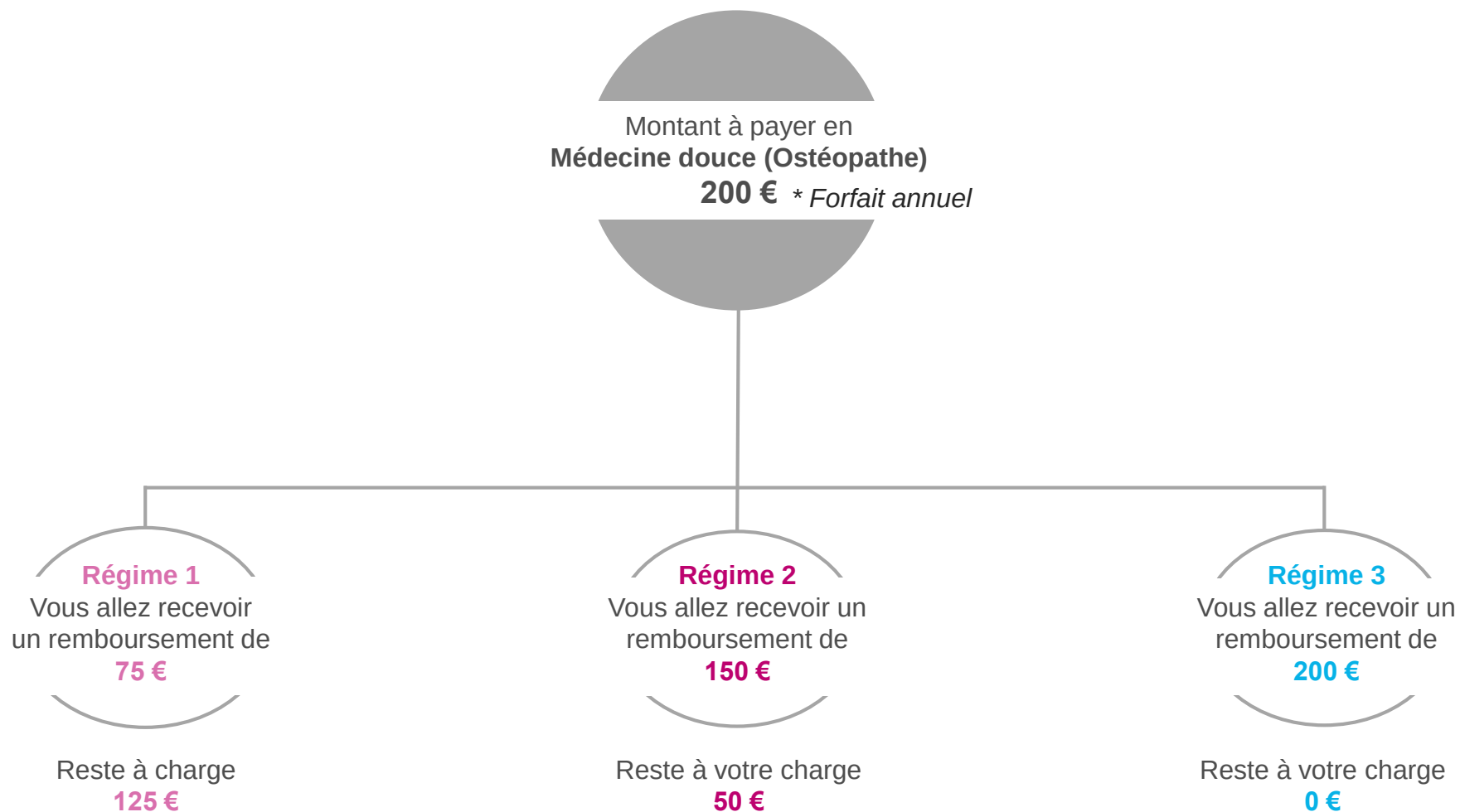
Les garanties : Prévention et accompagnement



	RÉGIME 1 Panier de soins	RÉGIME 2 Garanties renforcées	RÉGIME 3 Garanties supérieures
	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle ⁽¹⁾		
AUTRES PRESTATIONS			
Cure thermale acceptée : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport ⁽²⁾ (par an)	100% de la BR + 50 €	100% de la BR + 200 €	100% de la BR + 300 €
Médecine non conventionnelle (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, mésothérapeute, micro- kinésithérapeute, réflexologue, diététicien, pédicure- podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue, psychologue) ⁽²⁾⁽⁷⁾ (par an)	75 €	150 €	200 €
Vaccins antigrippal, vaccins pris en charge par la sécurité sociale, contraception sur prescription médicale	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Petit appareillage, pansements, accessoires	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR
Orthopédie (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Grand appareillage (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Prothèse capillaire 			
Prothèses capillaires de classe 1 plus un accessoire* (dans la limite des PLV)	Remboursement intégral dans la limite des PLV		
Prothèses capillaires de classe 2 plus un accessoire	Remboursement intégral dans la limite des PLV		
Prothèses capillaires de classe 3 et 4 (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Prothèses mammaires, prothèses oculaires (par an)	100% de la BR + 100 €	100% de la BR + 300 €	100% de la BR + 400 €
Fauteuil roulant 			
Véhicules pour personnes en situation de handicap - achat ou location de longue durée, mise à disposition, adjonction, supplément	Remboursement intégral dans la limite des prix réglementaires de vente		
Véhicules pour personnes en situation de handicap - location de courte durée, mise à disposition	Remboursement intégral dans la limite des prix réglementaires de vente		
Médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale et inscrits à la rubrique "médicaments" du VIDAL (par an, sur présentation d'une facture de pharmacie)	30 €	60 €	100 €
Actes de prévention ⁽⁸⁾	Oui	Oui	Oui
Assistance	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui



Exemples de remboursements : Soins courants – médecine douce



Les + de la complémentaire santé

Tarifs
négociés
dans le
réseau

LE RÉSEAU DE SOINS SANTECLAIR

Réseau de professionnels de santé dont les tarifs sont encadrés pour limiter la somme restant à la charge de l'agent :

- 3 750 opticiens
- 30 centres de chirurgies rétractives
- 180 centres d'ophtalmologie
- 3 000 chirurgiens dentaires
- 1 700 audioprothésistes
- 250 diététiciens
- 200 ostéopathes et chiropracteurs...

Des services renforcés en optique...

- Une plateforme téléphonique ouverte 6 jours / 7
- Jusqu'à - 40 % sur tous les verres et traitements
- - 15 % sur toutes les montures et autres produits
- Des services privilégiés : 0 € de reste à charge garanti, garantie casse gratuite valable 2 ans...

et en dentaire

- Jusqu'à - 30 % sur les actes d'implantation
- Des chirurgiens-dentistes ayant une pratique qualifiée de l'implantologie
- Des plateaux de haute qualité technique
- Des conseils sur l'hygiène et la prévention

Géolocalisation
des professionnels
de santé
partenaires

Analyse
des devis

Téléconsultation



Les garanties d'assistance

**IMA ASSURANCES intervient 24 heures / 24
par téléphone (0 801 803 100)**

pour participer au retour à la normale de la vie familiale

Les garanties assistance

- Aide-ménagère,
- Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire
- Prise en charge des enfants en cas d'indisponibilité des parents
- Prise en charge des ascendants
- Assistance psychologique
- Ecole à domicile
- Garde ou transfert des enfants
- Service de proximité
- Transfert et garde d'animaux domestiques
- Aide à l'organisation des obsèques

Ex : en cas
d'hospitalisation de plus
de 2 jours, prise en
charge du déplacement
aller-retour d'un proche
désigné par le
bénéficiaire

Ex : en cas
d'hospitalisation
des 2 parents, prise en
charge du déplacement
d'un proche pour
garder les enfants
à domicile



Aide dépendance

Accordée aux membres participants et leurs conjoints non couverts pour un GIR classé de 1 à 3 inclus

Handicap

Aide financière pour l'aménagement du logement ou d'un véhicule + prise en charge du forfait journalier en établissements spécialisés pour les enfants handicapés

Micro prêt social

Pour financer des projets de vie

Micro prêt installation

Pour financer l'aide au déménagement



Les tarifs mensuels au 1^{er} janvier 2027

(hors déduction de la participation employeur)

❖ Régime des actifs et des inactifs à compter du 1^{er} janvier 2027 (Art 4 de la loi Evin)

	Régime niveau 1		Régime niveau 2		Régime niveau 3	
	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €
Adulte	1,28 %	51,26 €	1,96 %	78,50 €	2,35 %	94,12 €
Enfant (Gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,53 %	21,23 €	0,82 %	32,84 €	1,08 %	43,25 €

❖ Régime des retraités avant le 1^{er} janvier 2027

	Régime niveau 1		Régime niveau 2		Régime niveau 3	
	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €	Cotisation en % du PMSS (PMSS 2026 = 4005€)	Conversion en €
Adulte	2,44 %	97,72 €	3,79 %	151,79 €	4,88 %	195,44 €
Enfant (Gratuité à partir du 3 ^e enfant)	0,53 %	21,23 €	0,82 %	32,84 €	1,08 %	43,25 €



Exemples de cotisation au 1^{er} janvier 2027

(Estimation en € sur la base du PMSS 2026 et hors déduction de la participation employeur)

FORMULE Régime 1	POUR UN CÉLIBATAIRE	Cotisation de 51,26 € Moins la participation employeur
FORMULE Régime 2	POUR UN COUPLE	Cotisation de 157,00 € Moins la participation employeur 78,50 € x 2 adultes
FORMULE Régime 3	POUR UNE FAMILLE (2 adultes et 2 enfants ou plus) Gratuité de la cotisation enfant dès le 3^{ème} enfant	Cotisation de 274,74 € Moins la participation employeur cotisation 188,24 € 94,12 € x 2 adultes + cotisation 86,50 € 43,25 € x 2 enfants



Bon à savoir !

LES GARANTIES

Modifications à la hausse

- La modification est possible à tout moment.
- La demande doit être faite au moins 2 mois avant la date d'effet souhaitée.
- La modification intervient au 1er jour du mois civil qui suit le délai de préavis ci-dessus.

Modifications à la baisse

- La demande doit être faite au moins 2 mois avant la date d'échéance de l'adhésion à la complémentaire santé collective, soit avant le 31 octobre.
- La modification du niveau de garantie à la baisse prend alors effet à la date d'échéance de l'adhésion à la complémentaire santé collective, soit le 1^{er} janvier. Ensuite, pour modifier à la hausse son contrat, l'adhérent devra attendre un délai de 2 ans.

LES COTISATIONS

- L'adhésion du membre participant entraîne l'adhésion de ses ayants droits au même niveau de garanties.
- Prélèvement des cotisations sur le salaire, sauf pour les retraités (prélèvement bancaire).



04

L'adhésion de la collectivité



Le parcours d'adhésion des collectivités (- 50 agents)

À LA RECEPTION DU PACK
D'INFORMATION QUE VOUS AVEZ
ADRESSÉ À LA COLLECTIVITÉ
CONTENANT :



Une copie des conditions
générales et particulières



Les supports d'information

1

LA COLLECTIVITÉ N'A PAS
A SAISIR LE COMITÉ
SOCIAL TERRITORIAL



LE CDG L'A FAIT => AVIS
DE PRINCIPE FAVORABLE
RENDU LE 08/09/2026

2

ELLE FAIT PART DE SON INTENTION D'ADHÉRER



Elle complète un bulletin
d'adhésion employeur (BAE)

Elle retourne le bulletin d'adhésion à
la mutuelle à l'adresse suivante :
adhesioncollCDG51@interiale.fr et en
mettant le CDG en copie :
risque.sante@cdg51.fr

3

ELLE INFORME SES AGENTS
SANS ATTENDRE EN LEUR
DIFFUSANT LE PACK DE
COMMUNICATION ET LE
LIEN D'ADHESION EN LIGNE

4

ELLE FAIT PARVENIR LA
DELIBERATION* AVANT LE 31/12/2026
AUX ADRESSES MAIL CI-DESSOUS
adhesioncollCDG51@interiale.fr et
risque.sante@cdg51.fr

* Cette délibération devra annuler et remplacer celle
précédemment en vigueur



Le parcours d'adhésion des collectivités (mandat donné au CDG et + 50 agents)

À LA RECEPTION DU PACK
D'INFORMATION QUE VOUS AVEZ
ADRESSÉ À LA COLLECTIVITÉ
CONTENANT :



Une copie des conditions
générales et particulières



Les supports d'information

1

LA COLLECTIVITÉ
SAISIT LE COMITÉ
SOCIAL TERRITORIAL
POUR LA DÉFINITION
DE SA PARTICIPATION
EMPLOYEUR



2

ELLE FAIT PART DE SON INTENTION D'ADHÉRER



Elle complète un bulletin d'adhésion
employeur (BAE)

Elle retourne le bulletin d'adhésion à
la mutuelle à l'adresse suivante :
adhesioncollCDG51@interiale.fr et en
mettant le CDG en copie :
risque.sante@cdg51.fr

3

ELLE INFORME SES AGENTS
SANS ATTENDRE EN LEUR
DIFFUSANT LE PACK DE
COMMUNICATION ET LE
LIEN D'ADHESION EN LIGNE

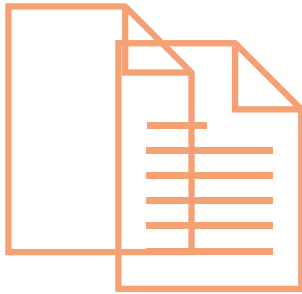
4

ELLE FAIT PARVENIR LA
DELIBERATION* AVANT LE 31/12/2026
AUX ADRESSES MAIL CI-DESSOUS
adhesioncollCDG51@interiale.fr et
risque.sante@cdg51.fr

* Cette délibération devra annuler et remplacer celle
précédemment en vigueur



Le pack de communication : pour aider la collectivité à faire adhérer ses agents



Les outils à votre disposition

- Plaquette détaillée avec les garanties et tarifs
- Livret d'accueil
- Mandat de résiliation
- Lien d'adhésion en ligne
- Supports réunions d'information (comprenant les « pas à pas »)
- Flyer sur la Résiliation Infra-Annuelle (RIA)
- Foire aux questions agents en ligne : [FAQ agents](#)
- Replay de webinaire
- [Vidéo de présentation](#)



Sur demande,
nous adressons aux collectivités
un lien avec l'ensemble des outils
pour les aider à présenter l'offre à
leurs agents



Le pilotage du contrat de la collectivité

L'extranet RH



1

LA COLLECTIVITÉ INDIQUE SUR LE BAE
L'ADRESSE MAIL DE LA PERSONNE
DEDIEE



La collectivité valide la création de son compte extranet dès réception du mail d'Intérieure « Votre code temporaire »

2

ELLE ACCÈDE AUX DOCUMENTS
CONTRACTUELS DE SA COLLECTIVITÉ



Elle va sur l'onglet documentation (conditions particulières, notice d'information, conditions générales, guide d'utilisation,.....)

3

ELLE VERIFIE LES ADHÉSIONS
DE SES AGENTS



Affilié

En cours
de
traitement



Elle réalise des exports Excel et y retrouve des informations qui peuvent servir à l'analyse des fichiers de précompte sur salaire.

4

ELLE RELANCE
SES AGENTS
NON ADHÉRENTS



Grâce aux exports Excel de tous les adhérents affiliés et en cours de traitement.

5

ELLE GÈRE SES
PRÉLÈVEMENTS DSN



ou

Grâce au guide d'utilisation DSN mis à sa disposition sur son espace

En contactant le service dsn@interiale.fr

Le prélèvement de la cotisation est effectué directement par l'employeur sur la fiche de paie de l'agent, puis reversé à l'organisme assureur



Vos contacts employeur

Retour du Bulletin d'adhésion
et de la délibération



E-mail :
adhesioncollCDG51@interiale.fr

Demandes de réunions
d'informations



E-mail :
sante.cdg51@relyens.eu

Questions
sur la gestion



Contact : cdg51@interiale.fr

Précompte / DSN

Contact : dsn@interiale.fr



05

L'adhésion de vos agents



Le parcours d'adhésion de vos agents



Pas à pas adhésion
agents

L'adhésion est réalisée directement par l'agent en toute autonomie

**AVANT DE
COMMENCER,
IL PRÉPARE :**



son téléphone portable :
un numéro de portable
est nécessaire pour la
signature électronique



Les pièces à joindre :

- Carte d'identité
- Relevé d'identité bancaire (pour les remboursements)
- Attestation de Sécurité sociale
- + Les mêmes documents pour ses ayants droits

1 L'AGENT SE CONNECTE



Il ouvre le mail d'invitation adressé par sa collectivité,
il clique sur le bouton « Affiliation » et il se laisse guider

ou



En cliquant sur le lien URL
indiqué sur la plaquette



Il se laisse
guider...

2 IL CHOISIT SA FORMULE



Il choisit son niveau
de garanties



Il définit sa date
d'adhésion

3 IL SAISIT SES INFORMATIONS PERSONNELLES



Il renseigne ses informations
pro / perso et celles de ses
ayants droits



Il transmet tous
les justificatifs
demandés

4 IL FINALISE SON INSCRIPTION



Il indique s'il a déjà une
complémentaire santé et
demande la résiliation



Il saisit le code
reçu par SMS,
il date et signe

ET ENSUITE...



Il active son espace
adhérent via le lien
d'accès reçu par mail



L'espace adhérent de l'agent

Localisation des professionnels de santé autour de l'adhérent

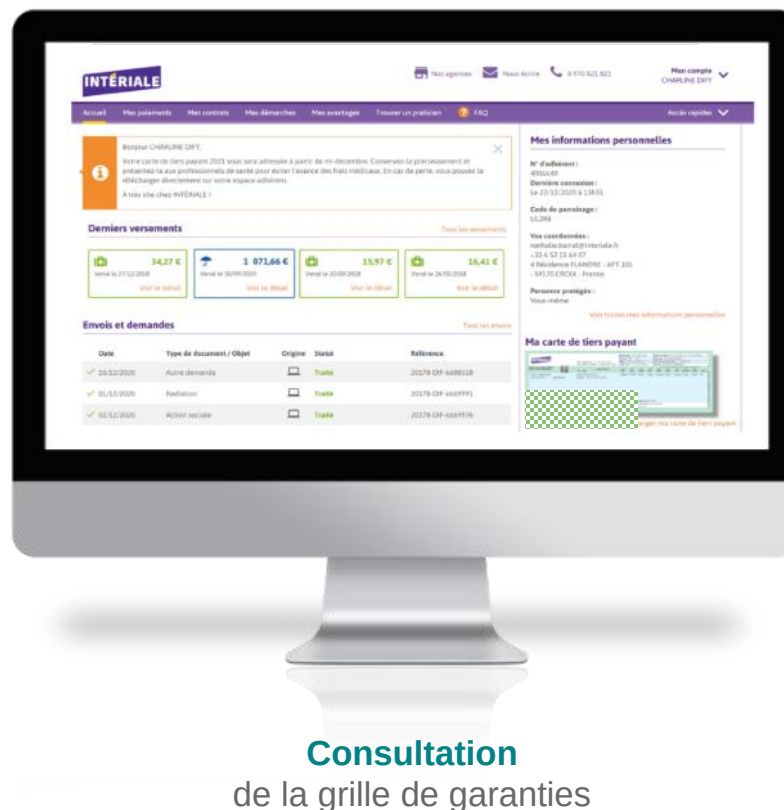
Dépôt de documents
(factures, devis, ...)

Accès direct aux derniers versements réalisés

Accès au « suivi des demandes » :
fonctionnalité permettant de suivre en temps réel le traitement des demandes de l'adhérent

Echange avec Intérieure
via la messagerie en ligne

Accès direct au téléchargement
de la carte de tiers payant en PDF



Consultation
de la grille de garanties

Consultation
de la notice d'information

Application mobile
à disposition des adhérents



Si volonté de l'adhérent,
réception par SMS en
temps réel des prestations
santé versées



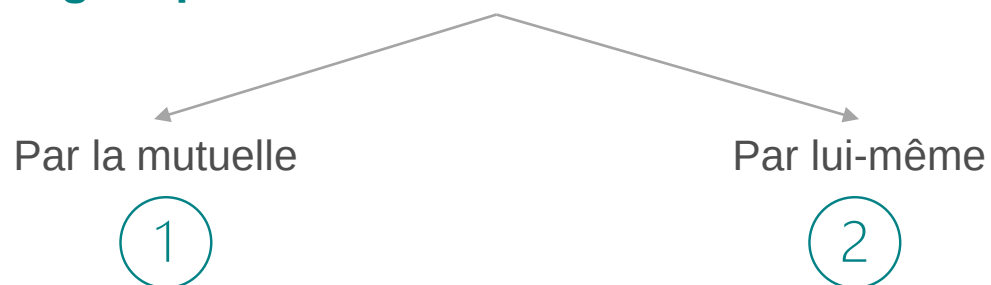
La résiliation de sa complémentaire santé actuelle



Qu'est-ce qu'une résiliation infra annuelle ?

C'est le fait de pouvoir résilier sa complémentaire santé à tout moment si son contrat a plus de 12 mois, sans attendre l'échéance de son contrat. Un préavis d'un mois + 1 jour à compter de la date l'envoi s'applique. Seul le titulaire du contrat peut réaliser la résiliation infra annuelle.

L'agent peut choisir de faire une résiliation :



La résiliation par la mutuelle ①

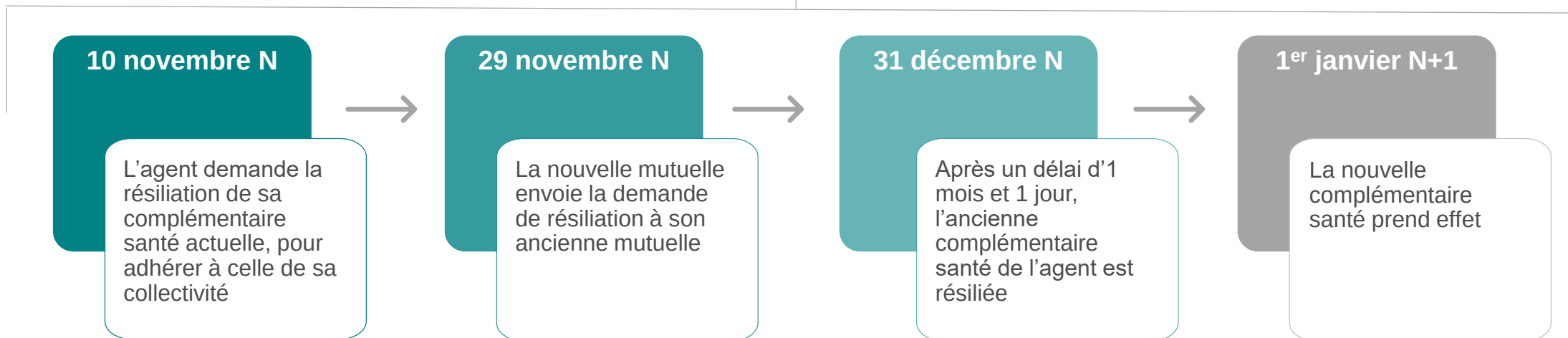
A la demande de l'agent, lors de son adhésion en ligne, **la nouvelle mutuelle se charge de la résiliation**

→ **La résiliation sera effective 1 mois et 1 jour** après la demande de résiliation

→ L'agent reçoit **un email de confirmation de la résiliation**

→ Il reçoit sa nouvelle carte de tiers payant dans un délai de **15 jours**

EXEMPLE



La nouvelle mutuelle fait concorder la date de résiliation à la prise d'effet du contrat pour ne pas avoir de rupture de garanties



La livraison de la carte de Tiers Payant ①

Délais

= > **Pour les affiliations antérieures** à la date d'effet du contrat (1^{er} janvier 2027) : carte de tiers payant disponible sous l'espace adhérent 10 jours avant la date d'effet du contrat

= > **Pour les affiliations postérieures** à la date d'effet du contrat (1^{er} janvier 2027) : carte de tiers payant disponible 3 jours ouvrés après l'enregistrement de l'affiliation

Modalités d'accès

La carte de tiers payant est **téléchargeable depuis l'espace adhérent**.

Vous pouvez demander **l'envoi par la poste de votre carte de tiers payant** en ne cochant pas la case « je souhaite télécharger ma carte de tiers payant sur mon espace adhérent, uniquement »

Votre adresse postale

Numéro : 32 Complément de numéro (s'il y en a un) : Sélectionnez

Type de voie : Saisissez le type de voie Libellé de la voie : de la grand place

Complément d'adresse (s'il y a) : Bâtiment C - 3e étage

Code postal : 16000 Ville : Angoulême Pays : FRANCE

Vos coordonnées de contact et préférences

Téléphone portable : +33 0611223344

Email : adhesion@interiale.fr

☐ Je souhaite télécharger ma carte de tiers payant sur mon espace adhérent, uniquement

☒ Je souhaite consulter mes relevés de prestations Santé en ligne uniquement

☒ Je souhaite recevoir mes courriers de gestion Santé par email

☐ Je souhaite recevoir des communications et informations relatives aux services (actualités, infos pratiques, services innovants...) de la part d'Intérieure.



La résiliation par l'agent

2

Résiliation infra annuelle

- **L'agent envoie dès qu'il le souhaite sa demande** de résiliation à sa complémentaire actuelle, en indiquant la date de dénonciation
= le dernier jour du mois en cours, pour être couvert dès le **1^{er} jour du mois suivant le préavis d'un mois**
La demande de résiliation peut être effectuée par lettre recommandée ou depuis son espace adhérent
 - **La résiliation sera effective 1 mois et 1 jour** après la demande de résiliation
- ⇒ Pour adhérer le **1^{er} janvier**, l'agent doit envoyer son courrier le **30 novembre**

Résiliation à l'échéance

- **Avant le 31 octobre**, l'agent envoie sa demande de résiliation à sa complémentaire actuelle **pour une résiliation au 31 décembre à minuit**
 - **L'agent peut faire sa demande d'adhésion en ligne** en décembre pour une adhésion le 1^{er} janvier
 - **L'agent reçoit un email de confirmation**
- ⇒ Délai de délivrance de la carte tiers payant
= **règle identique à la slide précédente.**



Les agents ne doivent pas redemander de résiliation lors de leur adhésion en ligne, sous peine de décaler la prise d'effet



Les contacts de vos agents

Conseils avant l'adhésion



E-mail :
sante.cdg51@relyens.eu

Assistance adhésion et Gestion des prestations



**Une ligne dédiée aux agents
(Assistance adhésion et Gestion
des prestations)**

09 70 83 53 83



Anticiper aujourd'hui pour protéger demain.

Chez Relyens, nous sommes bien plus qu'Assureur, nous sommes Risk Manager. Piloter, prévenir les risques et les assurer, c'est notre engagement pour protéger plus efficacement les acteurs du soin et des territoires, en Europe. À leurs côtés, nous agissons et innovons en faveur d'un service d'intérêt général toujours plus sûr, pour tous.

relyens.eu



Relyens SPS : S.A. au capital de 52 875 € - Société de courtage d'assurance – 335 171 096 RCS Bourges
Siège social : Route de Creton - 18110 VASSELAY – N°ORIAS 07000 814 – www.orias.fr
Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 24180125318 auprès du Préfet de région

Les informations contenues dans ce document sont non-contractuelles et susceptibles d'être modifiées à tout moment et sans préavis. L'éditeur de ce document ne saurait voir sa responsabilité tant contractuelle que délictuelle engagée, les pour dommages découlant des actions commises ou omises en raison du contenu de l'information fournie.

Copyright Relyens 2026 – Crédits photos : droits réservés



**GROUPE MUTUALISTE EUROPÉEN
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES**