

Dossier à retourner à

accueil.ccas@ville-guerande.fr

Avant le 22 décembre 2022 à 12 heures

**APPEL A PARTENARIAT**

**« FAVORISER L’ACCES AUX SOINS POUR TOUS »**

**Dossier de candidature**

**PRESENTATION DE VOTRE STRUCTURE**

Nom

Sigle

Objet

Statut N° SIRET

Date de création de la structure

Adresse du siège social

Code postal

Commune

Numéro de téléphone

Courriel

Site internet

Adresse de correspondance (si différente du siège)

**Identification du représentant légal (président ou autre personne désignée par les statuts)**

Nom – Prénom

Fonction

Téléphone

Courriel

**Identification de la personne chargée du dossier de candidature**

Nom – Prénom

Fonction

Téléphone

Courriel

Votre structure est-elle (rayer la mention inutile) ? Nationale / Régionale / Départementale / Locale

Union, Fédération ou réseau d’affiliation de votre structure :

Votre structure est-elle régie par le code la Mutualité : Oui /Non

Précisez en quelques lignes **le projet social et les valeurs de votre structure** :

Quelle est **votre motivation** à répondre à cet appel à partenariat ?

**VOTRE ACTIVITE**

Présentation de **vos domaines d’activité**

Votre **implantation géographique** – Votre réseau d’agence

**Vos moyens humains** – Effectifs

**Vos adhérents** – Clients

**VOTRE OFFRE**

**Agrément pour les contrats CSS**

Votre structure est-elle habilitée à proposer un contrat complémentaire santé spécifiquement dédié aux bénéficiaires de la CSS participative ? Oui / Non

Si oui, quel est son intitulé :

Date d’habilitation initiale :

**Détailler le contenu des contrats complémentaire santé que vous proposez dans le cadre du présent appel à partenariat**. Tarification en euros pour une personne de plus de 70 ans. Ce tableau servira de base à l’analyse de votre offre. ***A remplir obligatoirement.***

Vous pouvez compléter ce document en joignant tout document le cas échéant et/ou présenter des exemples de remboursements de vos garanties à partir du tarif moyen ou réglementé des prestations, de préférence en euros TTC.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GARANTIES | RemboursementAssuranceMaladie obligatoire | Remboursement Mutuelle |
| CONTRAT MINIMUM | CONTRAT MOYEN | CONTRAT MAXIMUM |
| OPTIQUE |
| Montures |  |  |  |  |
| Verres simples (2 verres) |  |  |  |  |
| Verres complexes (2 verres) |  |  |  |  |
| Chirurgie correctrice de l’œil |  |  |  |  |
| Lentilles |  |  |  |  |
| DENTAIRE |
| Soins dentaires |  |  |  |  |
| Prothèses dentaires prise en charge AMO |  |  |  |  |
| Prothèses non remboursées SS |  |  |  |  |
| Implant dentaire |  |  |  |  |
| Orthodontie (BR) + forfait semestriel |  |  |  |  |
| Forfait parodontologie |  |  |  |  |
| AUDITION |
| Prothèses auditives |  |  |  |  |
| Petits matériels (piles) |  |  |  |  |
| SOINS MEDICAUX COURANTS |
| Consultations avec dépassement honoraires |  |  |  |  |
| HOSPITALISATION |
| Forfait chambre particulière/jour |  |  |  |  |
| Forfait chambre particulière ambulatoire/jour |  |  |  |  |
| Dépassement honoraires médicaux et chirurgicaux (BR) |  |  |  |  |
| MEDECINES DOUCES Forfait annuel consultations (ostéopathie, acuponcture…) |
| Autres |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

**COTISATIONS- Détaillez votre proposition de tarification de vos contrats** euros TTC par tranche d’âge (A remplir obligatoirement)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COTISATION-COÛT MENSUEL | CONTRAT MINIMUM | CONTRAT MOYEN | CONTRAT MAXIMUM |
| Enfant jusqu’à 17 ans |  |  |  |
| De 18 à 29 ans |  |  |  |
| De 30 à 49 ans |  |  |  |
| De 50 à 59 ans |  |  |  |
| De 60 à 69 ans |  |  |  |
| 70 ans et plus |  |  |  |

**A titre comparatif, détaillez votre proposition pour ces exemples de composition de foyer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COTISATION-COÛT MENSUEL | CONTRAT MINIMUM | CONTRAT MOYEN | CONTRAT MAXIMUM |
| 1 personne seule + 70 ans |  |  |  |
| 1 couple + 70 ans |  |  |  |
| 2 adultes 40 ans + 2 enfants mineurs |  |  |  |
| 1 adulte + 18 ans sans enfant à charge |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

**Cotisations- Adhérents**

Pratiquez-vous le tarif bloqué à 70 ans ? Oui / Non

Proposez-vous des conditions spécifiques pour l’affiliation des ayants droits ? Oui / Non

Si oui, précisez âge, statut (scolaire, salarié) :

Votre structure propose-t-elle un paiement mensuel, sans coût supplémentaire ? Oui / Non

Une tarification spécifique est-elle envisagée pour les adhérents résidents secondaires ou saisonniers ? Oui / Non

**Précisez les moyens humains et le réseau de proximité spécifiquement dédiés à ce partenariat (préciser les modalités d’échanges avec les souscripteurs : plateforme, interlocuteur dédié, site web…)**

Serez-vous en mesure d’assurer deux permanences par mois en présentiel dans des locaux mis à disposition par la Ville ? Oui /Non

Précisez les moyens humains spécifiquement dédiés à ce partenariat :

Disposez-vous d’un réseau de professionnels partenaires (opticiens partenaires, dentistes, distributeurs appareillage auditifs…) ? Oui / Non

*Merci de nous fournir la liste de vos principaux partenaires*

**Options - Vos contrats proposent-ils des options spécifiques complémentaires ?**

Exemples : transport solidaire pour les consultations ambulatoires, forfait annuel consultations psychologie, indemnité naissance, frais d’accompagnement hospitalier pour un enfant… précisez ci-dessous :

**Option – Disposez-vous d’une labellisation Fonction Publique Territoriale ? Oui / Non**

Précisez les actions collectives de prévention que vous pourriez proposer auprès des publics cibles et les modalités de mises en œuvre ?

Identification de la personne référente au sein de votre structure chargée du suivi de l’appel à partenariat (transmission éléments de communication, restitution annuelle, échanges divers) :

Nom – Prénom

Fonction

Téléphone

Courriel

**Partenariats déjà engagés avec d’autres collectivités territoriales :**

Commentaires / Informations complémentaires

Je soussigné(e) représentant légal de la structure

certifie exactes et sincères les informations du présent dossier.

A , le

Signature :