



MUTUELLE : ADHÉRER OU PAS À L'OFFRE RÉFÉRENCÉE ? FO VOUS LIVRE QUELQUES ÉCLAIRAGES...

La MGEN a été retenue, à compter du 1^{er} janvier 2019 et ce pour une durée de 7 ans, pour proposer une offre de protection complémentaire santé et prévoyance aux agents actifs et retraités des ministères de l'Ecologie et de la Cohésion des Territoires, ainsi qu'aux agents des établissements publics associés.

Nota: Les établissements non associés sont l'ENPC / IFSTTAR / AFB / Parc des Ecrins / Parc de Guadeloupe / Conservatoire du littoral

Peuvent donc être concernés par le choix de l'offre référencée :

- les agents sans complémentaire santé à ce jour ;
- les agents qui souhaitent changer leur mutuelle ou assurance santé pour prendre une offre MGEN ;
- les 28 000 agents mutualistes à la MGEN ayant adhéré au 1^{er} janvier 2016, suite à la fusion avec la MGET.

Pour votre parfaite information, la MGEN a ouvert un numéro d'appel dédié au **09 72 72 38 38** (service gratuit + prix de l'appel) pour répondre à toutes vos interrogations.

Une page dédiée est accessible sur le site de la MGEN au lien suivant :

<https://www.mgen.fr/offres-mtes-mctrct/> avec l'ensemble des informations nécessaires sur l'offre référencée.



Les deux offres proposées dans le cadre du référencement de la MGEN sont globalement plus chères que les autres offres existantes de la MGEN et n'incluent plus de dépendance (*cf. tableau comparatif ci-après*).

Force Ouvrière rappelle qu'elle est attachée à une protection sociale complémentaire de qualité, à coût de cotisation attractif et participant à l'amélioration de la qualité de vie pour les agents actifs ou retraités. Alors que dans le secteur privé, la participation patronale est au minimum fixée à 50% ; l'Etat/Patron de nos ministères participera, dans le meilleur des cas, à hauteur de 1% pour ses propres agents, soit quelques euros par an et par agent.

Contrairement à certaines organisations syndicales qui ont signé un protocole d'accord «chèque en blanc», Force Ouvrière a refusé de cautionner une procédure n'apportant pas les garanties nécessaires.

Ce protocole a été bâclé car les conditions n'étaient pas réunies pour que les agents disposent d'une offre de référencement de qualité (participation de l'État quasi-inexistante, absence d'études sur les besoins et les ayants droit, calendrier impossible à tenir dans les délais et discussion à marche forcée...).

Force est de constater que nous avons raison, car les contrats référencés n'ont été mis en place qu'au 1^{er} février 2019, avec un délai de prise en charge de 4 mois pour en bénéficier, et non dès le 1^{er} jour comme l'a annoncé la Direction des Ressources Humaines. Pour FO, c'est inacceptable.

Si vous avez résilié votre contrat d'une autre mutuelle, vous risquez d'être non couvert pendant 4 mois, sauf si vous demandez une dérogation pour que celui-ci soit actif dès le 1^{er} jour par la MGEN.

Si vous êtes en arrêt maladie, surtout ne souscrivez pas un nouveau contrat, à cette période, auprès de la MGEN car en cas d'arrêt maladie ordinaire supérieur à 90 jours, CLM ou CLD, la perte de salaire et des primes ne sera pas compensée. Il faut obligatoirement être en poste à la date de signature du contrat.



Force Ouvrière rappelle qu'il s'agit d'un contrat individuel et que vous n'avez pas l'obligation d'adhérer.



Renseignez-vous au préalable sur les offres proposées dans le cadre de ce référencement.

Les offres référencées ne sont pas obligatoires :

Vous pouvez toujours souscrire ou conserver les contrats de base de la MGEN (MSP Initiale, Équilibre, Référence, Intégrale) et ceux de la Prévoyance

Actif mis en place au 1er janvier 2019.

Force Ouvrière continuera à se battre afin que l'État contribue à hauteur du privé pour que les agents puissent bénéficier d'une mutuelle de qualité, à un prix attractif, solidaire basée sur une cotisation selon ses moyens pour répondre à tous nos besoins.



Deux offres se sont chevauchées au 1er janvier 2019 à la MGEN : les offres MSP Prévoyance Actif et les offres Santé proposées dans le cadre du référencement. Voici une synthèse des offres de la MGEN qui vous permettra de mieux les comprendre. Nous vous conseillons dans tous les cas de vous rapprocher des conseillers de la MGEN si vous envisagez des changements d'offres soumises à des conditions statutaires d'adhésion.

Offres initiales MSP Équilibre, Référence ou Intégrale de la MGEN	Offres MSP Prévoyance Actif mises en place au 1er janvier 2019 par la MGEN	Offres référencées MGEN « Santé 1 ou 2 , Prévoyance A ou B » mises en place au 1er février 2019
Offres MSP: Équilibre, Référence ou Intégrale + contrat Alptis incapacité invalidité (facultatif) + contrat Alptis dépendance obligatoire suite à la fusion avec la MGET  IMPORTANT : Le contrat Alptis Incapacité Invalidité a été initialement mal défini et vous avez intérêt à souscrire à Prévoyance Actif Renforcé qui est moins cher et vous couvre mieux ! Votre contrat Alptis sera résilié par la MGEN lors de la souscription à Prévoyance Actif renforcé.	Offres MSP: Prévoyance Actif ou Prévoyance Actif Renforcé qui incluent dorénavant les primes en cas de CLM ou CLD, y compris dans le cadre d'un CMO incluant: - prise en charge du salaire à hauteur de 77% pour offre actif et 85% du salaire + primes pour l'offre renforcée; - allocation invalidité; - décès et perte totale irréversible d'autonomie avec majoration pour charge famille + la conservation du contrat obligatoire Alptis pour la dépendance. + le seuil des cotisations est plafonné à un montant maximal en santé et en prévoyance. + les prestations prévoyance sont non-plafonnées avec Prévoyance Actif Renforcé.  Pour ceux qui ont souscrit l'année dernière à Prévoyance Actif Renforcée de la MGEN, vous pouvez le maintenir car il peut être plus avantageux, en fonction de votre situation, et il conserve également la dépendance avec le contrat Alptis. Celui-ci est intéressant sur le plan cotisation/prestation ; vous le perdrez automatiquement en prenant l'offre référencée.	Offres Santé 1 ou Santé 2 incluant: - 90% ou 100% de la rémunération nette imposable; - invalidité; - décès et capital obsèques ; - certains dépassements d'honoraires ; - certains forfaits en médecine douce,... Les cotisations Santé représentent pour les actifs 2,48 % en santé niveau 1 et 3,08 % en santé niveau 2 de la rémunération nette imposable. Exemple : Santé niveau 2 + Prévoyance niveau B = cotisation de 6,20 % de la rémunération nette imposable. Quelques inconvénients : - l'offre référencée n'intègre pas de volet dépendance et n'inclue pas la perte temporaire d'autonomie. - les dispositifs de conventionnement sont moins nombreux ; - la perte automatique du contrat obligatoire Alptis pour la dépendance ; - les cotisations prévoyance ne sont pas plafonnées ; - en invalidité, l'allocation viagère s'arrête dès le premier jour de la retraite. Quelques avantages : - santé : gratuité à partir du 3ème enfant ; - montant du capital décès plus élevé (2 000 €); - prise en charge de la prévoyance dès le 1er jour d'arrêt (après le jour de carence) ; - prise en charge des prestations prévoyance non-plafonnées.

Force Ouvrière vous livre des conseils pour votre choix :

Conseil n°1 : Est ce que ma complémentaire santé actuelle est adaptée à mes besoins ?

Une grande majorité d'entre nous disposons actuellement d'une complémentaire santé, et il est peut-être temps de regarder en détail ce que couvre cette dernière en matière de garanties et de remboursement.

Par exemple, l'offre référencée devient particulièrement intéressante et compétitive dans le cas d'un couple avec des enfants à charge. Le but recherché est bien évidemment de trouver le meilleur rapport qualité/prix.

Conseil n°2 : Comparez !

Chaque assuré est inégal face aux dépenses de santé.

Selon votre contrat le tarif d'une complémentaire santé peut varier du simple au triple selon les garanties souscrites.

Soyez attentifs aux différents types de présentation entre les différents organismes de santé complémentaire car certains niveaux de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif de base sécurité sociale et d'autres appliquent des montants forfaitaires.

Dans certains cas, comme les lunettes ou prothèses dentaires, le tarif de base de remboursement est très faible et les mutuelles peuvent ainsi afficher un pourcentage de remboursement de 300, 400 % mais au final votre reste à charge restera important.

Conseil n°3 : Vérifier si votre mutuelle applique un délai de carence

Un nombre important d'organismes instaurent un délai de carence, soit une période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Nous observons fréquemment des délais de carence appliqués sur l'optique et le dentaire (6 mois).

Conseil n°4 : Questionnaire médical ?

C'est une pratique qui disparaît mais certains organismes imposent encore le renseignement d'un questionnaire médical.

Ces organismes, n'auront d'autre but que de justifier une sur-cotisation ou la suppression pure et simple de certaines garanties.

Tout ceci résulte d'un calcul de risque accru de la consommation des garanties.

Les augmentations régulières pour les complémentaires santé du type assurantiel peuvent être annuelles et importantes. Nous disposons à FO d'un exemple d'adhérent recevant un courrier lui annonçant une augmentation de sa cotisation de 50 % !

Pour ce qui concerne les mutuelles, elles peuvent avoir lieu par paliers, tous les 5 ans par exemple.

Conseil n°5 : Vérifiez les délais de remboursement

Il faudra veiller à pouvoir obtenir de la part de la complémentaire santé des remboursements rapides car certains frais médicaux peuvent être importants et peuvent déséquilibrer un budget familial.

Quelques mutuelles ont pour principe de vous rembourser à posteriori, par virement sur votre compte bancaire, tandis que certaines complémentaires vous dispensent d'avancer la part « mutuelle » en cas de consultation ou d'achat de médicaments chez des professionnels de santé partenaires. C'est la définition du tiers payant. Si vous souhaitez bénéficier d'une dispense d'avance

de frais, optez pour une mutuelle proposant le tiers payant.

Si vous êtes attaché au tiers payant en raison de son côté pratique, n'oubliez pas de vérifier ce point, avant de souscrire auprès de votre nouvelle complémentaire santé.

Conseil n°6 : Saisir les économies des réseaux de santé

Ces réseaux regroupent des professionnels qui acceptent de baisser leur prix en contrepartie d'un afflux de clientèle. Pour l'optique comme les prothèses dentaires ou auditives, c'est un vrai « plus » puisqu'il limite les restes à charge (les prix sont plus raisonnables) pour les patients.

Pour l'optique, c'est un paramètre dont il faut impérativement tenir compte au vu de la nouvelle réglementation des contrats responsables qui plafonne en montant et dans le temps les remboursements. Pour autant, attention à l'interprétation qu'en font les acteurs du marché... Les assureurs proposent ainsi un seul et même forfait de remboursement, quel que soit votre choix de vous diriger vers un professionnel totalement indépendant ou un professionnel rattaché à leur réseau de partenaires santé.

À l'inverse, les mutuelles sont depuis peu (loi n°2014-57 du 27 janvier 2014) autorisées à aller vers des remboursements forfaitaires à deux niveaux, sachant que le niveau le plus élevé (qui peut être jusqu'à 2 ou 3 fois supérieur à celui du second niveau !) est strictement réservé aux actes effectués auprès de leur réseau de soins.

Conseil n°7 : Ne pas négliger les prestations d'assistance

De plus en plus d'organismes introduisent dans leurs contrats un volet « assistance » (compris d'office ou proposé sur option) essentiellement opérationnel en cas d'hospitalisation.

C'est un élément de choix important, surtout lorsque l'on avance en âge. Les acteurs les plus performants sur ce point sont les mutuelles : certaines appliquent aussi leurs prestations aux maternités à risque (heures d'aide à domicile...) ou aux personnes en perte d'autonomie (visite d'un ergothérapeute, installation d'un service de téléassistance...).

Conseil n°8 : Quelles sont les obligations contractuelles ?

Une complémentaire santé individuelle ne peut pas être résiliée, sauf si les cotisations ne sont pas payées.

Le renouvellement de vos garanties s'effectue généralement chaque année par tacite reconduction. L'organisme complémentaire vous envoie un avis d'échéance par lequel il vous informe du montant des cotisations que vous devez payer pour l'année à venir. Il doit vous informer de la date limite à laquelle vous pouvez résilier vos garanties.

Vous avez la possibilité de les résilier sous réserve de respecter le délai de préavis fixé par les documents contractuels. La loi « Chatel » a renforcé les obligations d'information de l'organisme en ce qui concerne les échéances de résiliation des contrats.



FEETS FO

Fédération de l'Équipement, de l'Environnement, des Transports et des Services FORCE OUVRIERE

46 rue des petites écuries 75010 Paris

contact@feets-fo.fr www.feets-fo.fr tél. 01 44 83 86 20 (/22) fax. 01 48 24 38 32