



PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS RELEVANT DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

La politique de protection sociale complémentaire des agents publics de l'État répond à un objectif social destiné à améliorer les conditions de vie des agents publics en leur permettant d'accéder à une protection sociale complémentaire de qualité à un coût maîtrisé.

Le décret du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels, organise la participation financière des administrations de l'Etat via un dispositif de référencement.

Le ministère de la Justice a fait le choix de reconduire sa politique de participation financière à la protection sociale complémentaire des agents, actifs ou retraités, fonctionnaires et contractuels de droit public, pour couvrir au mieux leurs risques santé et prévoyance.

A l'issue d'une nouvelle procédure de référencement pour la période 2017/2024, le ministère de la Justice a désigné un seul organisme chargé d'assurer la protection sociale complémentaire de ses agents. Le 29 septembre 2017, la mutuelle INTERIALE est devenue le nouvel organisme de référence pour les 7 années à venir.

Pour la bonne information des agents, le ministère a souhaité délivrer des éléments d'information générale sur la protection sociale complémentaire et la procédure de référencement.

Le présent guide méthodologique s'adresse donc aux agents du ministère de la justice, aux responsables et gestionnaires des services RH qui souhaitent disposer d'une meilleure information sur la protection sociale complémentaire (conditions d'adhésion à une mutuelle complémentaire, conditions d'arrêt du précompte) et connaître les caractéristiques essentielles du référencement (caractère facultatif de l'adhésion, mécanisme de solidarité, couplage obligatoire des risques santé et prévoyance).

SOMMAIRE

I – Le dispositif de référencement d’un organisme de protection sociale complémentaire

- | | | |
|---|---|--------|
| 1 | Qu’est-ce que le référencement ? | page 4 |
| 2 | Quel est (sont) le (ou les) organisme(s) référencé(s) ? | page 4 |
| 3 | L’adhésion à l’organisme référencé est-elle obligatoire ? | page 5 |
| 4 | Qui sont les bénéficiaires ? | page 5 |
| 5 | Quelles sont les modalités d’affiliation d’un ayant-droit ? | page 6 |
| 6 | Quelles sont les garanties ? | page 7 |
| 7 | Quelle différence entre régime obligatoire et régime complémentaire ? | page 7 |
| 8 | Quel rôle précis joue le ministère sur ce sujet ? Que finance-t-il ? | page 8 |
| 9 | Quelles sont les modalités de suivi de la convention de référencement ? | page 9 |

II - Des modalités d’adhésion et de résiliation à une protection sociale complémentaire

- | | | |
|----|--|---------|
| 10 | Quelles sont les modalités d’adhésion à une mutuelle complémentaire ? | page 10 |
| 11 | Quelles sont les modalités d’adhésion à l’offre référencée d’INTERIALE ? | page 12 |
| 12 | Qu’est-ce que le précompte ? | page 14 |
| 13 | Quelles sont les conditions de mise en place du précompte ? | page 14 |
| 14 | Quelles sont les conditions d’arrêt du précompte ? | page 14 |
| 15 | Le système de télétransmission NOEMIE, comment ça marche ? | page 15 |
| 16 | Changement de mutuelle : comment arrêter la télétransmission ? | page 16 |

III – Textes législatifs et réglementaires

I – Le dispositif de référencement d'un organisme de protection sociale complémentaire

1 Qu'est-ce que le référencement ?

Le référencement est une procédure spécifique de sélection des organismes de protection sociale complémentaire par les employeurs de la fonction publique de l'État (administrations de l'État et établissements publics). Les organismes référencés sont les seuls susceptibles de bénéficier d'une participation financière du ministère employeur.

La procédure de référencement permet de maintenir un **système de solidarité** entre agents et entre actifs et retraités, il prévoit des transferts solidaires. Ce sont ces transferts, base du système mutualiste, qui sont partiellement couverts par les aides des employeurs publics.

Focus

Cadre juridique du référencement :

Conformément aux dispositions de la loi de modernisation de la Fonction Publique du 2 février 2007 et du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au **financement de la protection sociale complémentaire** de leurs personnels, l'attribution de la participation financière des administrations publiques au financement de la protection sociale complémentaire des agents de droit public (actifs et retraités) doit respecter une procédure unique de mise en concurrence, dénommée procédure de référencement, sur la base d'un cahier des charges élaboré ministère par ministère.

Focus

Principe du transfert de solidarité : « On fait proportionnellement payer les actifs plus cher que les retraités, les célibataires plus cher que les chargés de famille, les cadres A plus cher que les agents de catégorie C. »

Plus une personne est âgée, plus le coût relatif aux prestations sociales santé/prévoyance est élevé. A 70 ans, les dépenses de santé sont 4 à 5 fois supérieures à celles d'une personne de 20 ans. Or, les cotisations ne vont pas évoluer dans la même proportion : les cotisations payées par les plus jeunes seront supérieures à leur risque et vont ainsi permettre de rembourser les prestations des plus âgés, qui consomment davantage, sans leur faire acquitter une cotisation élevée, en lien au coût de leur risque. Un transfert de solidarité s'est donc opéré des plus jeunes vers les plus âgés.

2 Quel est (sont) le (ou les) organisme(s) référencé(s) ?

Le ministère a désigné la mutuelle INTERIALE comme le seul organisme de protection sociale complémentaire bénéficiaire de la subvention ministérielle pour la couverture en santé et en prévoyance pour la période 2017/2024. La mutuelle INTERIALE se substitue à la mutuelle du ministère de la justice (MMJ) en tant qu'organisme référencé pour les agents relevant du ministère de la Justice à compter du 29 septembre 2017.

3 L'adhésion à l'organisme référencé est-elle obligatoire ?

Le référencement est un dispositif à adhésion facultative des agents. L'adhésion des agents publics, actifs et retraités, est donc facultative et individuelle.

Les agents sont donc libres du choix de leur protection sociale complémentaire. Dans la fonction publique, à la différence des salariés du secteur privé, la souscription d'un contrat de protection sociale complémentaire est facultative et repose sur une démarche individuelle et volontaire. Chaque agent a donc la possibilité d'adhérer à l'organisme et à l'offre de son choix.

L'adhésion à une assurance maladie complémentaire est toutefois recommandée pour compléter les remboursements de l'assurance maladie du régime obligatoire (consultations, hospitalisation, soins dentaires, optique...) ainsi que pour garantir son maintien du niveau de vie en cas d'arrêt de travail, d'invalidité... Afin de faciliter votre prise de décision et choix d'une mutuelle, vous pouvez demander un devis personnalisé pour pouvoir comparer les offres, les fourchettes de tarifs et prestations proposées.

4 Qui sont les bénéficiaires ?

Les bénéficiaires :

- L'ensemble des agents du ministère de la Justice, actifs et retraités, contractuels de droit public.
- Font également partie de ce périmètre, les agents des organismes rattachés au budget du ministère (CNIL, H3C), de structures juridiquement autonomes et sous tutelle ministérielle (ENM, ENAP, APIJ et mission « Droit et Justice ») ainsi que d'autres organismes sous convention (Conseil d'État, Chancellerie de l'Ordre de la Libération et la Grande Chancellerie de la Légion d'Honneur).

Le statut des bénéficiaires :

Peuvent adhérer au règlement de l'organisme de référence bénéficiant de la participation financière de l'employeur public :

- les agents titulaires (fonctionnaires)
- les agents non titulaires de droit public (contractuels)
- les stagiaires (en pré-titularisation)
- les agents retraités
- les agents détachés ou mis à disposition, auprès d'autres ministères, établissements publics ou collectivités
- les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement
- les ayants droit des agents ou retraités décédés, à condition qu'ils soient couverts par un régime de Sécurité Sociale, dénommés ci-après ayant cause

Sont exclus du dispositif les personnels de droit privé ainsi que les vacataires.

Quelles sont les modalités d'affiliation d'un ayant-droit ?

La demande d'affiliation d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :

- Soit sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'adhésion du membre participant.

L'affiliation prend alors effet à la même date que celle du membre participant.

- Soit sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la mutuelle lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant.

L'affiliation prend alors effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par la mutuelle du bulletin d'affiliation.

Exception : l'affiliation du nouveau-né prend effet de manière rétroactive au jour de la naissance à la condition que le formulaire soit transmis à la mutuelle dans un délai de 3 mois à compter de la naissance.

Focus

Les ayants droit :

Pour l'application des dispositions au titre de la présente consultation, le terme « **ayant droit** » concerne :

- **Le conjoint** de l'affilié principal (agent ou retraité), tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **Le partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS)**, tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle ;
- **La personne vivant en concubinage** (au sens de l'article 515-8 du Code civil) avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile ;
- **Les enfants** de l'affilié principal (agent ou retraité), de son conjoint, de son partenaire pacsé ou de son concubin :
 - Agés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base de l'affilié, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin ;
 - Agés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Protection maladie universelle (Puma) ;
 - Agés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité ;
 - Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

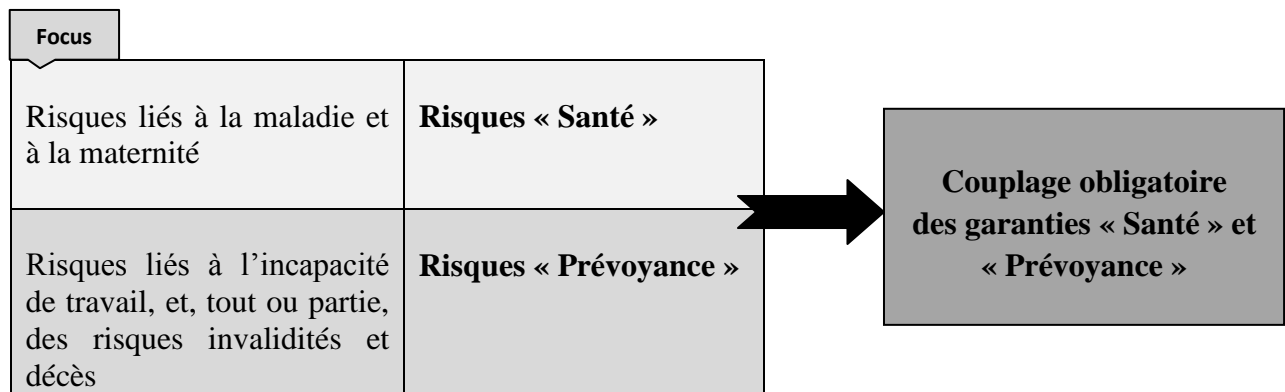
6 **Quelles sont les garanties ?**

L'offre d'INTERIALE doit respecter les exigences du référencement en répondant aux critères des contrats responsables prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. L'accès à l'organisme référencé est ouvert à tous les agents publics, actifs et retraités. Ainsi, il ne peut être prévu d'âge maximal d'adhésion.

Les garanties sont fondées sur le principe du couplage obligatoire des garanties « santé » et « prévoyance ».

L'offre se compose de **4 formules distinctes** qui proposent une **couverture couplée des risques santé et prévoyance**. Pour la garantie « Santé », les cotisations ne peuvent en aucun cas être fixées en fonction de l'état de santé de l'adhérent ou souscripteur.

L'adhésion des agents aux garanties « santé » entraîne donc obligatoirement l'adhésion conjointe et indissociable aux garanties « prévoyance » (incapacité temporaire de travail, invalidité, décès). La couverture en « Dépendance » ne fait pas partie à proprement parler du référencement, elle est optionnelle et à discrétion des agents.



7 **Quelle différence entre régime obligatoire et régime complémentaire ?**

Les mutuelles de la fonction publique bénéficient d'une délégation de gestion du régime obligatoire (RO) d'assurance maladie, à ce titre les agents titulaires reçoivent les remboursements de l'assurance maladie par leur intermédiaire. Les agents contractuels de droit public sont, pour leur part, affiliés aux caisses primaires d'assurance maladie pour bénéficier des assurances maladie, maternité, invalidité et décès et de la couverture du congé de paternité.

Aussi, il est important que l'agent puisse clairement faire la distinction entre son affiliation obligatoire au régime de sécurité sociale dont il dépend et le choix qui s'offre à lui en matière de régime complémentaire (RC).

Le régime obligatoire d'assurance maladie des fonctionnaires de l'Etat peut être géré par :

- des sections locales interministérielles : l'opérateur principal est la mutuelle fonction publique services (MFPS), union mutualiste qui gère les activités liées au régime obligatoire et complémentaire pour le compte des mutuelles adhérentes (la MMJ fait partie de MFPS)
- des sections locales ministérielles ou par la CPAM : le régime obligatoire de la mutuelle référencée INTERIALE est ainsi assurée directement par la CPAM.

Le portail du justiciable **justice.fr** apporte des précisions sur les démarches d'affiliation auprès de l'assurance maladie pour les agents publics (titulaires, contractuels, retraités) des trois fonction publique, à l'adresse suivante :

<https://www.justice.fr/fiche/demarches-affiliation-aupres-assurance-maladie-agents-publics>

Focus

Loi du 9 avril 1947 (Loi Morice) :

La gestion du régime spécial de l'assurance maladie est, en application de la loi n°47-640 du 9 avril 1947 (dite loi Morice), assurée par des mutuelles de fonctionnaires qui agissent en qualité de délégués du régime obligatoire.

8

Quel rôle précis joue le ministère sur ce sujet ? Que finance-t-il ?

Le référencement est une procédure au service d'une meilleure couverture sociale complémentaire des agents publics :

- l'aide a un caractère social : « favoriser l'accès des agents publics à une couverture sociale complémentaire »
- l'aide bénéficie au consommateur final : « l'employeur public s'assure que l'aide bénéficie aux agents publics »
- l'aide est attribuée aux organismes sans discrimination et en transparence : « sélection des organismes après une procédure de mise en concurrence sur la base de critères publiés »

La participation financière, le caractère solidaire du dispositif de référencement :

Le dispositif de référencement mis en place par le décret du 19 septembre 2007 organise la participation financière du ministère de la Justice sur la base d'un versement direct à l'organisme référencé. Ainsi, il est exclu, par exemple, que le ministère verse une aide directement à l'agent.

Le ministère de la Justice détermine, dans le cahier des charges, un plafond budgétaire estimé de sa participation financière qu'il sera ensuite libre de verser. Le ministère a déterminé le montant budgétaire maximal de sa participation annuelle.

Le montant du versement de cette participation est, ensuite, plafonné par le montant des transferts de solidarité, intergénérationnels et familiaux, effectivement mis en œuvre par l'organisme de référence. Ces transferts de solidarité sont calculés selon la méthode fixée par l'arrêté du 19 décembre 2007. Ainsi, les transferts de solidarité correspondent, pour une population donnée, à la différence entre l'agrégat des cotisations perçues et l'agrégat des prestations versées. Le montant des cotisations perçues est minoré de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance. Les prestations versées sont, quant à elles, minorées des provisions techniques et majorées, d'une part, par les reprises de provisions et, d'autre part, d'un forfait de gestion fixé à 10%.

Dans tous les cas, le versement de la participation financière est subordonné à la transmission par l'organisme :

- de la liste des agents ayant adhéré à l'offre référencée (article 13)
- des documents attestant de la mise en place d'une comptabilité analytique (article 14)
- des éléments permettant de vérifier les calculs des transferts de solidarité prévus par l'arrêté du 19 décembre 2007 précité.

Focus

Article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 :

« I. - Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent.

II. - La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décrets en Conseil d'Etat. »

9

Quelles sont les modalités de suivi de la convention de référencement ?

La participation du ministère de la Justice à la protection sociale complémentaire de ses personnels est une aide d'Etat notifiée et acceptée par la Commission européenne.

La circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la fonction publique d'Etat précise le cadre juridique et méthodologique de préparation, de mise en œuvre et de suivi de la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire permettant aux administrations de l'Etat et à leurs établissements publics de participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Le suivi de la convention de référencement est assuré par le bureau de l'action sociale (BAS) du Secrétariat général (SG) au ministère de la Justice en lien avec :

- **un actuaire expert, Aprealis**, qui accompagne le ministère pour les sept années de référencement 2017/2024, avec deux objectifs principaux : suivre la qualité de l'exécution de la convention et le respect des engagements, apporter son soutien technique dans les discussions avec l'organisme référencé
- **un comité de suivi**, en charge du suivi de la bonne exécution de la convention. Il est composé de représentants de l'employeur public (ministère de la Justice), du Conseil

National de l'Action Sociale (CNAS) et de l'organisme de référence. L'employeur public (ministère de la Justice), par la personne de son représentant ou de la personne désignée par ce dernier, est décisionnaire. Les experts désignés de l'administration et les représentants des organisations professionnelles réalisent des analyses et émettent des avis consultatifs.

II - Des modalités d'adhésion et de résiliation à une protection sociale complémentaire

10

Quelles sont les modalités d'adhésion à une mutuelle complémentaire ?

Pour adhérer à une complémentaire santé, deux possibilités s'offrent à l'agent :

1) La résiliation classique : les conditions prévues par le contrat

La durée d'un contrat de mutuelle est en principe d'un an. Celui-ci se renouvelle ensuite tacitement d'année en année. L'assureur doit adresser chaque année à l'agent un avis d'échéance mentionnant la date limite de résiliation de son contrat. Cette limite se situe en général deux mois avant son terme. Il est possible de résilier sa mutuelle à la prochaine échéance, sans justification. L'assuré doit pour cela **adresser une lettre recommandée (LRAR) à son assureur**, jusqu'à au minimum 2 mois avant l'échéance anniversaire du contrat.

Le courrier doit comporter les indications suivantes : demande de résiliation, date d'échéance, n° de contrat, personnes concernées, date du jour et signature. L'assureur répondra en demandant la carte de tiers payant (si elle a encore cours), avant de faire parvenir un certificat de radiation.

Focus

Date de résiliation : Attention !

La date anniversaire du contrat ne correspond pas nécessairement à la date de souscription ! Dans certains cas, la date anniversaire sera fixe : au 01/01 de chaque année, ou au 01/07 ; parfois il y a deux dates possibles de résiliation la première année (soit à la date anniversaire, puis à l'échéance fixée par les Conditions Générales). Où le vérifier ? Sur le contrat définitif (pas sur la proposition d'adhésion), intitulé « Conditions » ou « Dispositions Particulières », ou « Certificat d'adhésion ».

Le contrat se renouvelle automatiquement le 31 décembre :

La mutuelle est tenue de prévenir l'assuré entre le 30 septembre et le 15 octobre maximum de sa possibilité de résilier. Il doit ensuite envoyer un courrier de résiliation le 31 octobre dernier délai.

2) La résiliation dans le cadre de la loi Châtel

La loi Châtel du 28 juillet 2005 prévoit que l'assuré a une possibilité supplémentaire de résilier son contrat. Elle ne s'applique qu'aux contrats individuels à tacite reconduction.

Trois cas de figure peuvent se présenter. Aussi, tous les ans :

1) avant le 31 octobre, l'adhérent peut demander la résiliation de son contrat mutualiste

La date d'anniversaire du contrat : le 1er janvier

La date limite de résiliation : le 31 octobre (2 mois avant)

Exemple : la date d'échéance du contrat est le 31 décembre 2017, la date limite de résiliation était donc le 31 octobre (soit 2 mois avant l'échéance). L'assuré aurait dû recevoir son avis d'échéance avant le 15 octobre. Si il l'a reçu le 20 novembre, il a jusqu'au 10 décembre (soit 20 jours) pour résilier ; si l'assuré n'a rien reçu il peut résilier à tout moment.

A l'expiration de ce délai de vingt jours, les termes des contrats s'appliqueront et l'adhésion à la nouvelle mutuelle ne pourra être effective qu'au 1^{er} janvier 2019, sous-réserve de respecter le délai de préavis défini par l'organisme et mentionné dans le contrat de chaque adhérent.

- 2) **à partir du 16 octobre et jusqu'au 31 décembre**, chaque adhérent pourra demander librement la résiliation de son contrat dans un délai de 20 jours courant à partir du jour de l'envoi de son avis d'échéance par sa mutuelle. A l'expiration de ce délai de 20 jours, il sera trop tard pour éviter le renouvellement automatique, les termes des contrats en vigueur de l'adhérent s'appliqueront normalement. Dans cette situation, si un agent souhaite adhérer aux offres d'INTERIALE, celle-ci ne pourra être possible qu'à partir du 1er janvier de l'année N+2 sous-réserve du respect du préavis commercial de deux mois.
- 3) **l'adhérent n'a pas reçu son avis d'échéance après le 1er janvier**. L'adhérent a la possibilité de résilier à tout moment son contrat par lettre recommandée à compter de la date de reconduction. La résiliation prendra effet au lendemain de la date d'envoi. Dans ce cas de figure, l'assuré devra payer sa cotisation pour la période allant de la date anniversaire à la date de résiliation. Si l'assuré a déjà payé une somme supérieure, l'assureur a l'obligation de le rembourser dans les 30 jours suivant sa résiliation.

Chaque adhérent doit vérifier ces dates pour faire la résiliation. L'ancienne mutuelle doit faire parvenir un certificat de radiation à l'adhérent démissionnaire, il est possible ensuite de souscrire à l'une des offres référencées d'INTERIALE ou choisir une autre mutuelle complémentaire.

Il est conseillé de mettre à profit cette période pour demander des devis et choisir l'offre qui convient le mieux.

Changement de mutuelle : précisions sur les démarches à réaliser

- **Cachet de la poste faisant foi** : c'est la date de l'envoi qui compte. C'est à dire que le cachet de la poste fait foi et il s'agit de jour ouvrable.

Il faut conserver les courriers de la mutuelle, une photocopie du certificat de radiation ainsi que l'accusée de réception des courriers pour apporter la preuve en cas de refus. Il sera ensuite possible d'effectuer une nouvelle réclamation avec les pièces justificatives. Cela sera utile en cas de problème de déconnexion à Noemie. En dernier recours, et si cela n'aboutit toujours pas, chaque mutuelle doit avoir un médiateur à contacter.

- **Loi Châtel** : l'ancienne mutuelle peut éventuellement refuser la résiliation si l'adhérent ne précise pas qu'elle intervient dans le cadre de la loi Chatel. Cette précision est recommandée dans le courrier en LRAR.

11

Quelles sont les modalités d'adhésion à l'offre référencée d'INTERIALE ?

La mutuelle INTERIALE est l'organisme mutualiste référencé à compter du 29 septembre 2017. Il est possible, à l'échéance du contrat de l'adhérent, de souscrire à une des offres « Santé » et « Prévoyance » pendant la durée du référencement, soit entre 2017 et 2024.

Pour adhérer à l'organisme référencé, trois possibilités s'offrent à l'agent :

1) Les conditions prévues au lancement du référencement

Conformément aux dispositions du décret du 19 septembre 2007, la MMJ a l'obligation de faciliter la résiliation des contrats des agents qui souhaitent souscrire aux offres d'INTERIALE avant la date butoir du **1^{er} décembre 2017**.

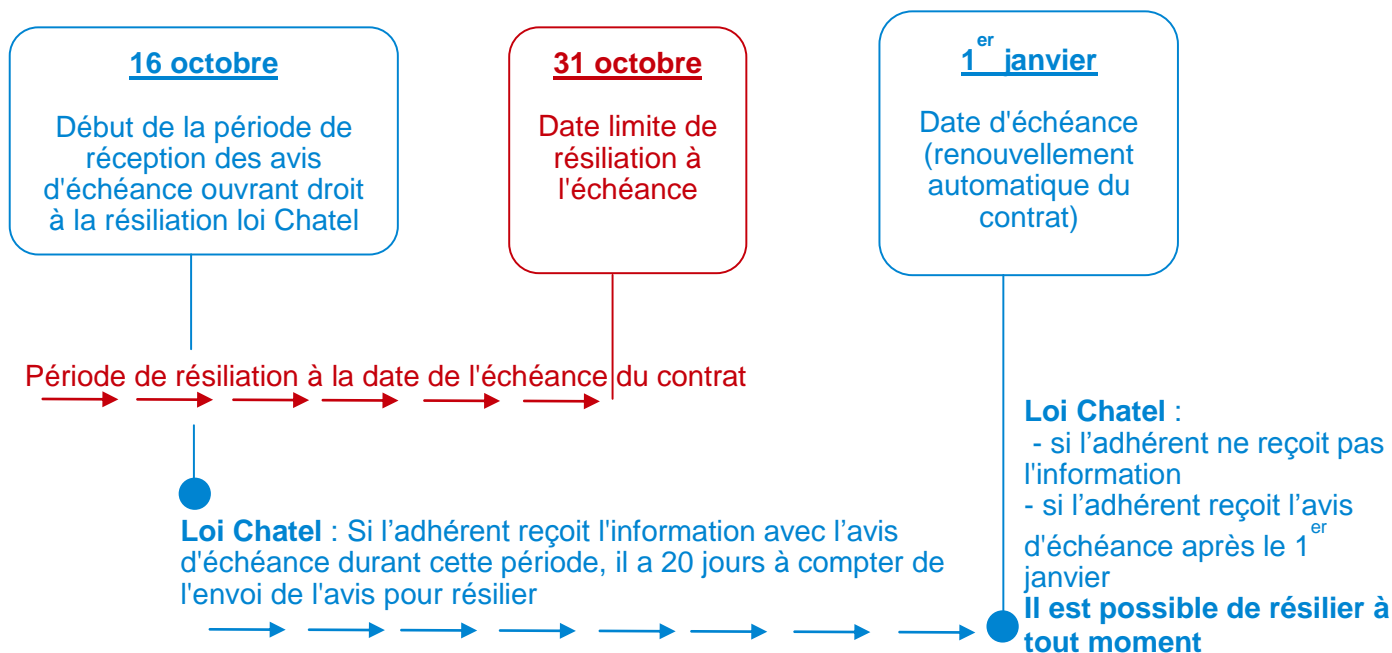
L'organisme mutualiste a informé ses adhérents de la perte de sa qualité d'organisme de référence au sein du périmètre ministériel. Cette communication fait courir un délai de trois mois suivants la notification par la MMJ de la perte de sa qualité d'organisme de référence, qui ouvre la possibilité pour les adhérents de la MMJ de souscrire sans pénalités avant le 1^{er} décembre aux offres du nouvel organisme de référence INTERIALE. La MMJ doit leur rembourser alors leurs cotisations au prorata de la durée restant à courir.

Après le 1er décembre 2017, les dispositions suivantes s'appliqueront de droit :

2) Les conditions prévues par le contrat de l'adhérent (voir ¹⁰)

3) La loi Châtel (voir ¹⁰)

Toute résiliation pour rejoindre une autre mutuelle qu'INTERIALE ne relève pas des conditions du décret du 19 septembre 2007.



Loi Châtel - Cas de figure : date anniversaire au 01/01/

Focus

Loi Châtel : loi du 28 janvier 2005

« Pour les contrats à tacite reconduction couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, la date limite d'exercice par l'assuré du droit à dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de prime ou de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'assuré est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'assuré peut mettre un terme au contrat, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction en envoyant une lettre recommandée à l'assureur. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

L'assuré est tenu au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, l'assureur doit rembourser à l'assuré, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie ni aux contrats de groupe et autres opérations collectives. »

12

Qu'est-ce que le précompte ?

Le précompte est un prélèvement direct sur la rémunération des cotisations aux mutuelles, opéré mensuellement sur le bulletin de paye des agents.

Au-delà d'une commodité administrative pour les adhérents, le précompte représente également un avantage pour l'organisme mutualiste qui se voit verser automatiquement le montant des cotisations sur son compte de gestion.

13

Quelles sont les conditions de mise en place du précompte ?

Le précompte est autorisé dans le cadre de l'actuel référencement :

Les employeurs publics peuvent le mettre en œuvre au profit des opérateurs qui en font la demande en veillant, d'une part, à ce qu'il soit ouvert à tous les organismes qui en font la demande même s'ils ne sont pas référencés et, d'autre part, à ce qu'il soit facturé.

La MMJ a souhaité maintenir le bénéfice du précompte des cotisations de ses adhérents. Le précompte des cotisations des adhérents d'INTERIALE est également prévu courant 2018. A ce stade, la cotisation à la mutuelle INTERIALE fait l'objet d'un prélèvement mensuel sur le compte bancaire de l'adhérent.

Focus

Les modalités prévues par la circulaire de la DGAFP du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement

« Le précompte des cotisations ne peut pas, au regard du principe d'égalité, être réservé aux seuls organismes référencés. Il ne doit, en outre, pas conduire à conférer à l'organisme de référence qui agit dans un cadre concurrentiel, un avantage compétitif du fait du coût évité de l'appel à cotisation.

Ainsi, les employeurs publics peuvent le mettre en œuvre au profit des opérateurs qui en font la demande en veillant, d'une part, à ce qu'il soit ouvert à tous les organismes qui en font la demande même s'ils ne sont pas référencés et, d'autre part, à ce qu'il soit facturé.

Le prix facturé du précompte est à déterminer par l'administration au regard, d'une part, du montant plancher du coût de sa mise en œuvre par l'administration (estimée par la Direction Générale des Finances Publiques à 0.28 € par an par adhérent) et, d'autre part, du montant du coût évité d'appel à cotisation lorsqu'il est effectué par l'organisme lui-même (économie annuelle réalisée par adhérent estimée à 1.35 € par la mission d'audit économique et financier des mutuelles de la fonction publique réalisée en 2005-2006) ».

14

Quelles sont les conditions d'arrêt du précompte ?

Pour les adhérents démissionnaires d'une mutuelle, il y a des contraintes du précompte et l'existence d'un délai incompressible d'au moins deux mois courant de la date d'envoi au service gestionnaire par la mutuelle de toute demande de création ou de cessation de précompte jusqu'à sa prise d'effet.

Le délai de deux mois est en effet pratiquement incompressible : ce délai provient davantage des services de paie des ministères que des mutuelles complémentaires.

En effet, les mutuelles envoient des fichiers au ministère pour arrêt de précompte mais le Ministère ou son service paie préparant les salaires au moins 1 mois et demi à l'avance, la prise en compte des fichiers aura un effet postérieur à ce délai, soit donc pratiquement 2 mois.

L'agent adresse à son service gestionnaire le certificat de radiation de sa mutuelle, la production du document est acceptée pour arrêter le précompte.

La mutuelle adresse au service gestionnaire une liste actualisée des adhérents pour lesquels le précompte est maintenu et une liste des adhérents démissionnaires.

Focus

Précompte : Attention !

L'absence de précompte des cotisations pour un seul mois n'entraîne pas (forcément) une désaffiliation de l'agent, mais donne lieu à une régularisation effectuée sur la solde suivante.

Un arrêt de précompte ne signifie aucunement une cessation d'adhésion. Le code de la Mutualité et les règlements mutualistes rappellent l'obligation de produire une preuve de fin de contrat. La lettre recommandée avec accusé de réception est le seul document faisant foi.

15

Le système de télétransmission NOEMIE, comment ça marche ?

C'est un Echange de Données Informatisées (E.D.I) entre votre mutuelle complémentaire santé et votre caisse d'assurance maladie (cette procédure s'appelle aussi : "Noémie").

La télétransmission est un système informatisé entre le praticien, votre CPAM et l'organisme de gestion du tiers payant qui vous dispense d'adresser votre décompte de Sécurité Sociale à votre mutuelle complémentaire santé, afin d'être remboursé plus aisément et surtout plus vite.

Dans ce cas, votre praticien puis la CPAM dont vous dépendez envoie l'image électronique du décompte de Sécurité Sociale à votre complémentaire par télétransmission afin qu'elle puisse procéder au remboursement de la part complémentaire vous revenant.

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour percevoir les remboursements de votre mutuelle.

16

Changement de mutuelle : comment arrêter la télétransmission ?

La procédure Noémie lors d'un changement de complémentaire santé :

Si la mise en place initiale est simple, il est loin d'en être de même lors d'un changement de mutuelle complémentaire.

En cas de changement d'organisme complémentaire, et en cas d'échange électronique mis en place avec la caisse d'assurance maladie de l'agent, les organismes complémentaires concernés doivent informer respectivement la caisse par voie électronique :

1ere étape : l'ancien organisme complémentaire informe l'adhérent de la date de fin de validité de son **contrat complémentaire santé** (date de radiation). L'ancienne mutuelle doit se déconnecter de son dossier d'assurance maladie. Elle doit suspendre la procédure (envoi d'un flux de fermeture Noemie). Les CPAM ne peuvent pas agir, c'est aux complémentaires (que l'on quitte) d'agir pour laisser la main au nouvel organisme.

2^{ème} étape : le nouvel organisme va faire la connexion à Noémie. Une attestation (et non une copie) de la carte vitale peut être demandée à l'adhérent 1) dans le cadre de son adhésion à une nouvelle mutuelle et 2) suite à la mise à jour (déconnexion à Noemie de l'ancienne mutuelle).

Si la déconnexion n'est pas effective, la nouvelle mutuelle ne peut pas prendre la main. Par contre, il est possible de leur envoyer les décomptes en attendant (vérifier si ça peut être fait par courriel).

Le compte ameli.fr de l'assuré permet de consulter ses remboursements et de connaître l'effectivité de la connexion Noemie avec la nouvelle mutuelle :

- L'attestation Carte Vitale est disponible sur le compte ameli.fr de l'assuré dans la rubrique « Mes démarches ».

- Il est possible de visualiser la connexion des organismes complémentaires sur le compte personnel ameli.fr rubrique « Mes informations ».

III – Textes législatifs et réglementaires

- Article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires

Fonction publique de l'État

- Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux critères de choix des employeurs publics

- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux modalités d'application de l'article 17 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

- Arrêté du 19 décembre 2007 pris en application de l'article 23 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à l'avis d'appel public à la concurrence publié au Journal officiel de l'Union européenne pour le choix des organismes de référence par l'employeur public

- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif aux majorations de cotisations prévues par l'article 16-2 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

- Arrêté du 19 décembre 2007 relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels

- Circulaire du 27 juin 2016 relative à la procédure de référencement des organismes de protection sociale complémentaire dans la fonction publique de l'État