



Je suis agent du MTES-MCT ou de leurs opérateurs associés au référencement et j'ai des questions relatives au référencement? Je retrouve ici les réponses à des questions fréquemment posées.

Mes questions-réponses

L'UNSA en organisation syndicale responsable a émis de très nombreuses propositions pour établir le cahier des charges en vue de la sélection d'un organisme référencé par le MTES-MCT et leurs opérateurs associés au référencement. Forts de leur expertise, nos représentants ont su défendre les intérêts collectifs et particuliers des agents des **MTES** et **MCT** et la plupart de nos demandes ont été retenues.

L'UNSA qui reste à l'écoute de chacune et chacun sur les questions liées à la mutuelle, met en place une Foire aux questions pour vous aider à comprendre les enjeux concrets de cette avancée majeure.

N'hésitez pas à nous écrire à l'adresse mutuelle@unsa-dd.org

Foire Aux Questions – Le référencement

Je souhaiterai en savoir plus sur ce dispositif.

Qu'est-ce qu'un référencement ?

Les règles du dispositif de référencement sont inscrites dans le décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007. Ces règles prévoient que les employeurs publics peuvent participer au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

En pratique, le référencement est la labellisation d'une offre de protection sociale complémentaire qui permet au ministère de prendre en charge une partie des cotisations versées par les agents sous réserve de transferts de solidarité, notamment, vers les retraités et les familles.

Suis-je obligé d'adhérer à la mutuelle qui sera référencée ?

Non. Le référencement est un dispositif à adhésion facultative, ce qui signifie concrètement que vous n'aurez aucune obligation d'y adhérer, les agents étant libres du choix de leur protection sociale complémentaire.

En pratique, l'adhésion à la mutuelle référencée sera ouverte, à titre facultatif, à l'ensemble des fonctionnaires et agents contractuels du ministère et de ses établissements publics qu'ils soient actifs ou retraités. Pourront s'ajouter leurs ayant-droits.

L'Etat prendra-t-il en charge la moitié de ma cotisation comme dans le privé ?

Non. Dans le privé, l'employeur a l'obligation de financer au minimum 50% de l'ensemble de la couverture collective à adhésion obligatoire de ses salariés. Cela n'est pas le cas dans le

public. Le ministère ne peut participer au financement de la mutuelle qu'au travers de la labellisation d'une offre de protection sociale complémentaire lui permettant de prendre en charge une partie des cotisations versées sous réserve de transferts de solidarité.

Qu'est-ce que les transferts de solidarité ?

Le référencement, met en place des mécanismes de solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités. Par exemple, l'absence de limite d'âge d'adhésion ou encore l'interdiction de questionnaire médical sauf lorsque l'adhésion est postérieure de cinq ans à l'entrée dans la fonction publique.

De plus, le ministère a déterminé, dans le cahier des charges, un plafond de sa participation financière qu'il sera ensuite libre de verser. Chaque année, le ministère déterminera le montant maximal de sa participation, en fonction des transferts de solidarités, notamment vers les retraités et les familles, effectivement mis en œuvre.

Concrètement, les transferts de solidarité correspondront, pour les agents du ministère qui auront adhéré à l'offre référencée, à la différence entre les cotisations perçues et les prestations versées.

Je suis en CDD ou CDI ou en PNA pourrai-je souscrire à l'offre référencée ?

Oui, pourront souscrire à l'offre référencée, outre les agents titulaires payés par les ministères et les opérateurs participants :

- les agents contractuels de droit public payés par le ministère et les opérateurs participants,
- les agents de droit public en congé formation,
- les agents de droit public en congé pour création d'entreprise,
- les agents d'autres administrations en position normale d'activité (PNA) au sein des MTES MCT ou des opérateurs participants,
- les agents des MTES/MCT en PNA dans les autres administrations, dont les agents en situation de décroisement.

Quand est ce que l'offre sera disponible ?

Le protocole qui a été signé en août consiste à se mettre d'accord sur le cahier des charges. C'est une étape fondamentale qui a permis aux organisations syndicales d'exprimer les besoins et les attentes des agents. La procédure de référencement comporte plusieurs étapes suivantes : une phase de publication d'un appel public à la concurrence, une phase de remise des offres, une phase d'examen des offres et de choix du candidat, et enfin, une phase de signature et publication de la convention de référencement.

A l'issue de ces différentes phases, l'offre devrait être disponible au plus tard en octobre 2018.

Quand pourrai-je recevoir une brochure de l'offre référencée ?

Vous devriez recevoir une brochure de l'offre référencée après la sélection de la mutuelle c'est-à-dire courant octobre 2018.

Aurai-je le choix entre plusieurs offres référencées ?

Non. Le ministère a choisi de référencer une seule offre mais grâce à l'UNSA vous aurez le choix entre deux niveaux de garantie.

Quand devrai-je résilier mon contrat ?

Les contrats de mutuelles se renouvellent automatiquement par tacite reconduction. Si vous souhaitez changer de contrat, il faudra donc tout d'abord résilier votre mutuelle actuelle. Pour ce faire, vous devrez envoyer une lettre de résiliation en recommandé avec accusé de

réception à votre complémentaire santé actuelle deux mois avant la date d'échéance de votre contrat.

En règle générale, la date d'échéance de votre contrat correspond au 31 décembre de l'année en cours ou à la date anniversaire de votre adhésion. Vous devrez donc généralement envoyer votre courrier recommandé avant le 31 octobre de l'année en cours ou, le cas échéant, deux mois avant la date d'anniversaire de votre adhésion.

Qu'est-ce que la prévoyance ?

La prévoyance est un terme générique pour parler des garanties de l'offre référencée qui préviennent les risques liés à la personne. Les risques couverts sont l'incapacité de totale ou partielle de travail des risques d'invalidité et liés au décès. Il s'agit des événements les plus graves non couverts par le Statut de la Fonction publique.

Le volet prévoyance est-il prévu ?

Oui. C'est une obligation car seules peuvent bénéficier de la participation du ministère les garanties incluant les risques « santé » et les risques « prévoyance ». Cette disposition constitue le couplage des risques qui est un élément essentiel du référencement.

Quid de la dépendance ?

La couverture du risque « dépendance » n'est pas un risque entrant dans le couplage obligatoire prévu par le dispositif du référencement. L'UNSA a défendu qu'en marge du dispositif référencé soit proposé l'adhésion à un régime optionnel couvrant le risque dépendance. Il sera donc proposé un régime couvrant le risque dépendance. Le niveau de dépendance sera estimé sur la base des grilles AGGIR utilisée pour les calculs des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie.

La télémédecine et l'accès à une salle de sport feront-ils partie des garanties ?

L'UNSA a défendu au cours des négociations, l'accès aux salles de sport, au titre de la prévention et à la télémédecine. Le ministère n'a pas souhaité les inclure dans le cahier des charges. Il appartiendra éventuellement aux candidats au référencement qui le souhaiteront d'inclure ces dispositifs dans leur offre

Foire Aux Questions – Je suis à la retraite

Je suis à la retraite, pourrai-je adhérer à l'offre référencée ?

Oui. L'offre santé référencée sera accessible à tous les retraités agents du ministère et leurs opérateurs associés au référencement, **sans limite d'âge, ni sélection médicale.**