



## 1. Introduction

Vous allez quitter CAPGEMINI et vous souhaitez continuer à bénéficier d'une couverture santé.

En tant que salarié, vous et, sous conditions, vos ayants droit avez bénéficié de bonnes garanties au titre du contrat « collectif » souscrit par CAPGEMINI pour lequel GRAS SAVOYE / WTW assure la gestion.

A ce titre une partie significative des cotisations étaient prises en charge par CAPGEMINI l'autre étant prélevée sur votre rémunération (voir votre bulletin de paye).

En quittant CAPGEMINI, vous ne bénéficiez plus de la couverture de complémentaire santé fournie par votre employeur et vous devrez souscrire un contrat « individuel » auprès d'un des Organismes Complémentaires à l'Assurance Maladie (OCAM) si vous souhaitez continuer à en bénéficier et que vous n'en bénéficiez pas par ailleurs (conjoint salarié, ...)

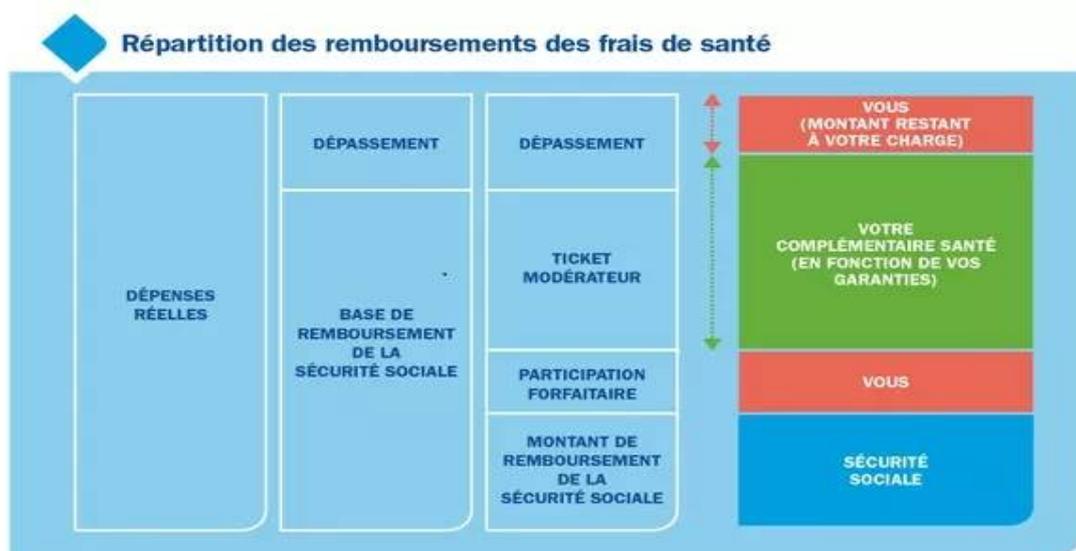
Vous constaterez que les cotisations d'un contrat individuel sont plus élevées que celles d'un contrat collectif d'entreprise pour 2 raisons principales :

- d'une part l'équivalent de la part patronale sera à votre charge après votre départ
- d'autre part le risque assurantiel santé mutualisé pour une population de retraités est plus élevé et donc plus coûteux que celui d'une population d'entreprise qui est plus jeune.

Après vous avoir donné plusieurs informations clefs sur le marché des complémentaires santé et la réglementation en vigueur, nous vous détaillerons le partenariat que CGRET a signé avec la MFTGS, une des mutuelles historiques d'entreprise du groupe SAFRAN.

## 2. Comprendre les remboursements SS et complémentaires

Les règles applicables sont relativement complexes et la terminologie utilisée fait appel à des abréviations.



<sup>[1]</sup> Source : sondage Ipsos réalisé du 27 au 30 mai 2011 auprès de 975 répondants de 18 ans et plus.

La **Base de Remboursement de la Sécurité Sociale BRSS ou BR** est le tarif de référence sur lequel vous êtes remboursé par l'Assurance maladie et la mutuelle après un soin ou une consultation. Si vous souffrez de l'une des 29 maladies chroniques, graves ou invalidantes figurant dans la liste des Affections de Longue Durée ou ALD, l'intégralité (100%) du BR sera remboursée par la Sécurité Sociale.

Les **actes pris en charge par la Sécurité Sociale** sont définies dans la liste des produits et prestations (LPP). A chaque acte correspond un BR. Cette liste est consultable sur [ameli.fr](http://ameli.fr).

La **participation forfaitaire** n'est jamais remboursée tant que le plafond annuel de 50 € n'a pas été atteint.

Le **Ticket Modérateur ou TM** est la part non remboursée par la Sécurité Sociale sauf en cas d'ALD. Elle est obligatoirement prise en charge par tous les contrats responsables (voir 5.b.).

Les **dépassements d'honoraires** ne sont jamais couverts par l'Assurance maladie. Seuls les médecins conventionnés qui appartiennent au secteur 1 sont tenus d'appliquer les tarifs BR définis par l'Assurance maladie. Si vous consultez un médecin conventionné de secteur 2 ou un médecin non conventionné (plus rares), les tarifs pratiqués dépassent les tarifs retenus par la Sécurité sociale. En revanche, les praticiens du secteur 2 (« secteur conventionné à honoraires libres ») sont autorisés à des dépassements d'honoraires, même s'ils s'engagent à des hausses mesurées. De plus, la consultation d'un spécialiste en secteur 2 est remboursée sur la base de 23 € (au lieu de 26,50 € en secteur 1), sauf s'il a choisi d'adhérer à l'**Option de pratique tarifaire maîtrisée ou OPTAM**, auquel cas la base de remboursement est la même qu'en secteur 1 (26,50 €). Enfin, les praticiens non conventionnés (peu nombreux) n'adhèrent pas à la convention de la Sécurité sociale. Ils ne sont donc soumis à aucune obligation tarifaire et la sécurité sociale ne rembourse qu'une part minime (quelques centimes) sur ces consultations.

- **CONSEIL CGRET : En consultant un médecin en secteur 2 OPTAM, généraliste ou spécialiste, votre reste à charge sera minimisé. Pour être sûr de vous adresser à un professionnel de cette catégorie, vous pouvez consulter l'annuaire des professionnels de santé sur le site Ameli.fr**

Type de consultation	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Montant remboursé par la Sécurité Sociale (1)
Généraliste et spécialiste secteur 1 et 2 conventionné OPTAM	26,50 €	17,55 €
Généraliste et spécialiste secteur 2 non conventionné	23,00 €	15,10 €

(1) Compte tenu de la participation forfaitaire de 1€

### 3. La réglementation applicable

La réglementation évolue régulièrement et a connu des changements importants (loi EVIN, portabilité des droits, résiliation infra-annuelle, Accord National Interprofessionnel, Plan santé 100%,...). D'autres évolutions sont susceptibles d'intervenir rapidement. Assurez-vous donc de disposer d'une version à jour de ce document.

#### a. Statut du retraité

La réglementation fait une différence très claire selon que vous avez déjà liquidé vos droits à la retraite (retraité) ou si vous vous trouvez dans une période sans emploi d'indemnisation de chômage (actif sans emploi). Si les tarifs des contrats peuvent être voisins entre ces deux catégories au sein d'un même organisme, elles sont gérées administrativement de manières bien distinctes et vous devez impérativement en tenir compte selon votre situation.

#### b. Règles prudentielles

Tous les organismes assurantiels sont soumis aux règles prudentielles strictes qui visent à préserver les intérêts des assurés en leur garantissant que les organismes auprès desquels ils sont assurés disposent de fonds suffisants pour pouvoir les indemniser en cas de sinistres et, par conséquent, être en mesure de respecter leurs engagements.

Les règles prudentielles sont regroupées dans la norme Européenne SOLVABILITE 2 qui porte essentiellement sur les fonds propres, sur la marge de solvabilité, sur les provisions techniques et sur les placements réglementés.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est chargée d'assurer la surveillance de tous les organismes

### c. Loi EVIN

Cette loi, adoptée en 1989 et réactualisée depuis, permet à chaque salarié de conserver, sans limite de durée, la couverture complémentaire santé dont il bénéficiait dans son entreprise lors de son départ en retraite.

- Ce dispositif ne concerne que le salarié. Ses ayants droit en sont donc exclus.
  - La surcomplémentaire employeur, si vous en bénéficiez, en est exclue
  - Les garanties prévoyance (décès, invalidité..) en sont exclues
  - Le conjoint d'un salarié décédé peut conserver la complémentaire employeur pendant 6 mois maximum
  - Les cotisations salariale et patronale sont intégralement à la charge du salarié candidat au départ et dépendent de sa rémunération.
  - Les tarifs sont encadrés avec des augmentations de cotisation plafonnées à 0% la 1<sup>ère</sup> année, 25% la 2<sup>ème</sup>, 50% la 3<sup>ème</sup> et libres ensuite.
  - La demande doit être effectuée dans les 6 mois qui suivent le départ de votre entreprise.
- **CONSEIL CGRET : cette option loi EVIN est généralement plus couteuse pour les retraités que les autres solutions. Vous pouvez estimer votre cotisation, au titre de la première année d'adhésion, en additionnant les parts salariale et patronale qui figurent sur votre bulletin de salaire. Contactez votre DRH/RRH pour obtenir une proposition de contrat « EVIN »**

### d. Portabilité des droits



Un salarié qui quitte son entreprise en bénéficiant de l'assurance chômage peut conserver, gratuitement la couverture santé (les cotisations patronales et salariales sont payées par l'employeur), les garanties du contrat collectif en santé et en prévoyance dont il bénéficiait dans l'entreprise pendant 12 mois maximum.

Les ayants droit (enfants, conjoint), s'ils bénéficiaient aussi des garanties avant le départ du salarié, peuvent aussi bénéficier du maintien des droits.

Cette option est donc intéressante pour un salarié qui quitte son entreprise et réunit les conditions nécessaires (voir [ici](#))

### e. Résiliation infra annuelle

Depuis 2019 tout adhérent à un contrat complémentaire santé de résilier, après un an de souscription minimum son contrat, à tout moment, sans frais ni pénalité. On parle de résiliation infra annuelle. Ce droit peut être exercé pour le 1<sup>er</sup> du mois qui suit la demande de résiliation

## f. Taxations

Les cotisations versées par les assurés, aussi appelés primes, comme toutes les autres assurances, ne sont pas soumis à la TVA mais subissent une taxe spécifique sur les assurances la TSA (taxe de solidarité additionnelle) qui finance la complémentaire santé solidaire (CSS). Elle est actuellement de 13,27 % pour les contrats responsables (voir 5.b.) et est donc incluse dans le tarif net assuré. Une autre taxe dite « forfait patientèle médecin traitant » de 0,8% est aussi incluse dans les cotisations soit au total 14,07 % de taxes.

## 4. Le marché des assurances complémentaire santé

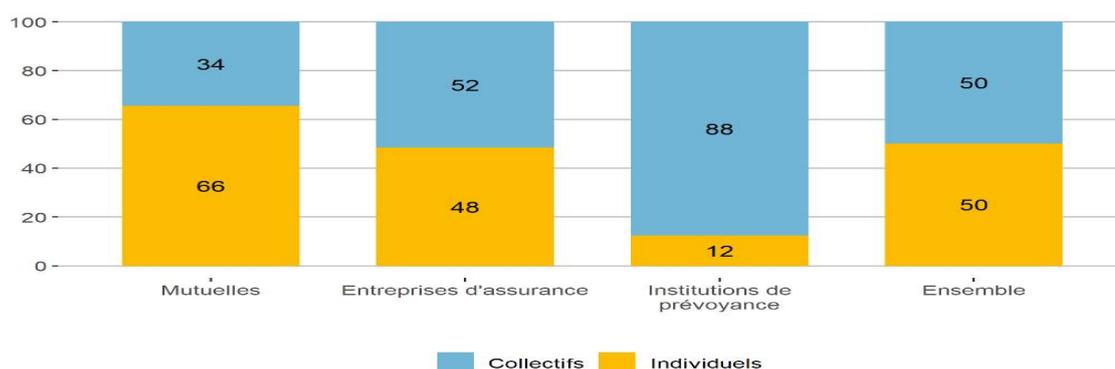
Ce qui suit devrait vous aider à choisir en bonne connaissance de cause

### a. Contrats individuels et collectifs

Différents organismes sont présents sur le marché de l'assurance santé. Ils s'adressent d'une part auprès des entreprises (contrats collectifs 50%) et d'autre part auprès des personnes physiques (contrats individuels 50%), qu'elles soient travailleurs indépendants ou retraités. La répartition entre les contrats collectifs et individuels a évolué avec la politique des entreprises qui contractent plus systématiquement ce type de services pour leurs salariés. L'Accord National Interprofessionnel de 2013, applicable depuis 2016, y a contribué en généralisant la complémentaire santé à toutes les entreprises

Quatre types d'organismes commercialisent des contrats d'assurance complémentaire santé individuels et collectifs : les mutuelles, les entreprises d'assurance et les sociétés d'assurance mutuelle et les instituts de prévoyance

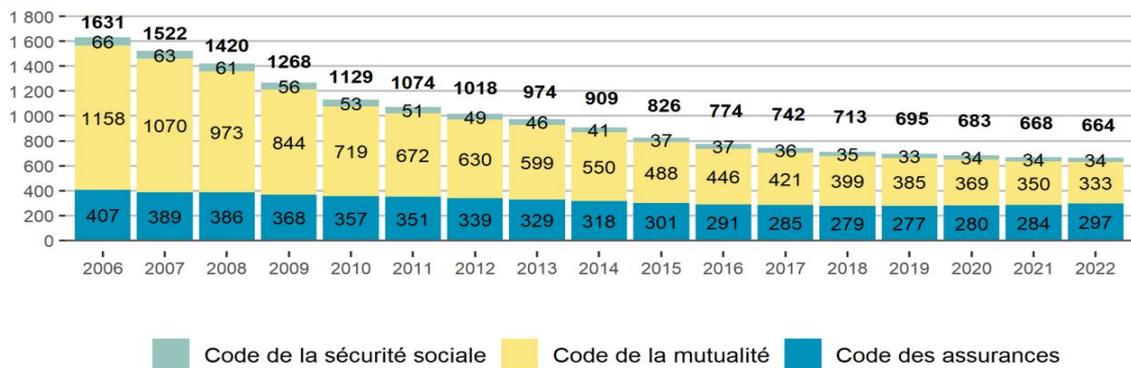
**Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2022 en % des cotisations collectées (source DREES)**



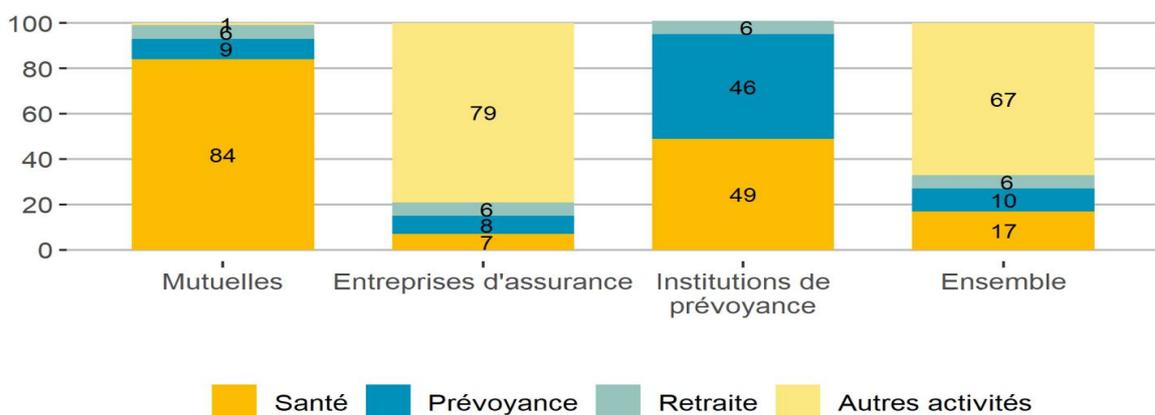
### b. Les différents organismes

Le nombre d'organismes s'est notablement réduit au cours des dernières années du fait de la consolidation du marché sous la pression de la norme Européenne Solvabilité 2.

**Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (source DREES)**



### Répartition de l'activité par type d'organismes en 2020 en % des cotisations collectées (source DREES)



#### i. Mutuelles

Ce sont des sociétés de personnes et non de capitaux à but non lucratif qui relèvent du code de la mutualité. Les excédents permettent de renforcer les fonds propres. Les délégués représentent les adhérents aux assemblées générales (AG). Les administrateurs sont bénévoles et non rémunérés. Exemple : CPAMIF, France Mutuelle, Mutuelle de France Unie, MFTGS

#### ii. Entreprises d'assurance

Ce sont des sociétés de capitaux à vocations commerciales à but lucratif qui disposent d'un capital social et relèvent du code des assurances. Les bénéfices peuvent être pour partie distribués aux actionnaires et pour partie mis en réserve pour renforcer les fonds propres. Les actionnaires participent aux AG. Les administrateurs sont rémunérés. Exemple : AXA, SWISSLIFE, ALLIANZ

#### iii. Sociétés d'assurances mutuelles

Ce sont des organismes à but non lucratif qui relèvent du code de l'assurance. Elles ont un statut de société civile et ne disposent pas de capital social mais d'un fonds d'établissement. Les adhérents ont la qualité de sociétaires. Ils sont représentés aux AG par leurs délégués. Les administrateurs sont bénévoles (non rémunérés). Exemple : MACIF, MAIF, GMF, MMA

#### iv. Les institutions de prévoyance (IP) :

Ce sont des sociétés de droit privé ayant un but non lucratif. Elles sont régies par le code de la Sécurité sociale et opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés.

Elles se différencient des sociétés d'assurance et des mutuelles par leur gestion paritaire car elles sont fondées par accord entre les partenaires sociaux et des branches professionnelles. Elles interviennent historiquement dans la couverture des risques de santé et de prévoyance (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, décès, perte d'emploi et famille ...) pour des branches professionnelles, mais gèrent également certaines cotisations retraites de ces mêmes branches, par délégation de la Sécurité sociale.

Exemple : Malakoff Humanis prévoyance, AG2R la Mondiale, KLESIA

### c. Les offres

Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont pour objectif de couvrir les risques liés aux frais de santé au-delà de ce qui est couvert par Sécurité Sociale (Caisse Nationale d'Assurance Maladie CNAM). Cette partie des dépenses non remboursées par la CNAM est aussi appelée le Ticket Modérateur ou TM.

La CNAM a généralement conclu des montants forfaitaires avec les professionnels de santé qui sont présumés être leur rémunération. Ces montants sont appelés les Bases de Remboursement (BR) et peuvent faire l'objet de dépassement de la part de professionnels de santé. Les « reste à charge » sont donc constitués du ticket modérateur et des dépassements de tarification au-delà du BR

Les offres comprennent généralement plusieurs niveaux avec des différences dans la prise en charge des soins médicaux couverts (consultation, ambulatoire, hospitalisation, dentaire, optique, ...).

Dans les contrats collectifs le niveau de couverture, généralement élevé, a été négocié entre l'employeur et les partenaires sociaux. Pour le salarié il est donc unique et indépendant de son choix personnel en dehors des options éventuellement proposées dans certaines entreprises. L'adhésion à la surcomplémentaire employeur est optionnelle.

Pour les contrats individuels, les organismes complémentaire santé proposent généralement plusieurs niveaux de garanties avec des tarifications en conséquence que l'assuré individuel choisira en fonction de ses besoins personnels et de son aversion au risque :

- **couverture de base** qui garantit le remboursement du ticket modérateur sur la base du tarif de convention du régime obligatoire. Ainsi sont remboursés les honoraires des médecins et les soins ne dépassant pas le tarif de convention de la Sécurité sociale ;
- **couverture plus étendue**, qui va au-delà des dépenses courantes. Elle offre, également, de meilleures prestations en cas d'hospitalisation ;
- **couverture plus complète** qui garantit tout ou partie des dépassements d'honoraires au-delà du tarif de convention du régime obligatoire, mais sans excéder le montant des frais réels justifiés par l'assuré. Elle offre également une meilleure prise en charge des cures et des appareils acoustiques, des prothèses dentaires, des lunettes, lentilles de contact...

Pour faciliter la comparaison par les assurés, le Comité Consultatif du Secteur Financier a trouvé un accord en 2021 avec les assureurs. Ces derniers doivent respecter une trame standard dans leurs tableaux de garanties.

**Exemple** : Remboursement par la mutuelle calculé après la pose d'une prothèse dentaire amovible hors plan santé 100% facturée 680 € par un dentiste

Taux de la mutuelle	BRSS	Prise en charge par la CPAM	Remboursement maximum avec la mutuelle	Reste à charge
---------------------	------	-----------------------------	--	----------------

150 %	182,75 €	182,75 € x 70 % = <b>127,92 €</b>	$(182,75 \text{ €} \times 150 \%) - 127,92 \text{ €} = 146,20 \text{ €}$	$680 \text{ €} - (146,20 \text{ €} + 127,92 \text{ €}) = \mathbf{405,88 \text{ €}}$
200 %			$(182,75 \text{ €} \times 200 \%) - 127,92 \text{ €} = 237,58 \text{ €}$	$680 \text{ €} - (237,58 \text{ €} + 127,92 \text{ €}) = \mathbf{314,50 \text{ €}}$
300 %			$(182,75 \text{ €} \times 300 \%) - 127,92 \text{ €} = 420,33 \text{ €}$	$680 \text{ €} - (420,33 \text{ €} + 127,92 \text{ €}) = \mathbf{131,75 \text{ €}}$
450 %			$(182,75 \text{ €} \times 450 \%) - 127,92 \text{ €} = 694,45 \text{ €}$	$680 \text{ €} - (694,45 \text{ €} + 127,92 \text{ €}) = -142,37 \text{ €}$ donc <b>0 €</b>
500 %			$(182,75 \text{ €} \times 500 \%) - 127,92 \text{ €} = 785,83 \text{ €}$	$680 \text{ €} - (785,83 \text{ €} + 127,92 \text{ €}) = -233,75 \text{ €}$ donc <b>0 €</b>

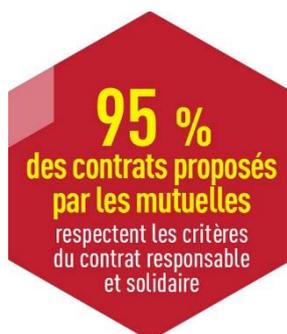
## 5. Critères pour choisir un contrat

### a. Tenir compte des conditions de départ de l'entreprise

Votre choix dépend de votre situation familiale et de vos conditions de départ.

- i. Si votre conjoint bénéficie d'un contrat collectif par son employeur, vous et vos ayants droit, pourrez être rattachés à ce contrat. C'est généralement une solution avantageuse
- ii. Si vous quittez votre entreprise dans le cadre d'une rupture conventionnelle ou d'un licenciement hors faute lourde, vous pourrez bénéficier gratuitement de la portabilité des droits tant que vous avez des droits à indemnisation au chômage (voir 3.d.). Au-delà d'un délai de 12 mois il faudra, si vous ne liquidez pas vos droits à retraite, souscrire un contrat individuel « actif » pour vous et vos ayants droit. Ce maintien des droits est très avantageux.
- iii. Si vous liquidez vos droits à retraite vous pourrez bénéficier, vous et vous seul, de la loi EVIN voir 3.c.. ou, si vous n'y avez par intérêt financièrement, vous pouvez souscrire un contrat individuel

### b. Choisir un Contrat responsable



Les contrats responsables doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé (BR), sauf pour les frais de cure thermique, d'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Les services additionnels comme chambre particulière, télévision en sont exclus.

La très grande majorité des contrats (95 %) des contrats proposés par les organismes complémentaires santé respectent les critères des contrats responsables. Ces contrats ont pour objectif d'inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés afin de bénéficier d'une bonne prise en charge de leurs dépenses de santé et de limiter les dépenses de santé publique. Ces contrats dits « responsables et solidaires » sont entrés en vigueur en 2006. Les conditions ont évolué en 2015 et avec l'arrivée du 100 % santé en 2019.

Les contrats qui ne respectent pas cette réglementation sont surtaxés (TSA 20,27% au lieu de 13,27%) ce qui augmente d'autant les cotisations payées par leurs adhérents.

- **CONSEIL CGRET : Assurez-vous de choisir un contrat responsable pour éviter de payer la surtaxe**

### c. Privilégier les contrats sans indexation des cotisations sur l'âge

La très grande majorité des organismes (> 97% des contrats) indexent les cotisations sur l'âge et le lieu de résidence principale de l'adhérent. Ce sont deux paramètres dont il est démontré qu'ils ont un impact significatif sur les dépenses de santé.

D'une part les honoraires des professionnels de santé ne sont pas les mêmes partout ce qui explique l'indexation des cotisations en fonction du lieu de résidence principale.

D'autre part les dépenses de santé augmentent avec les années d'où une indexation des cotisations en fonction de l'âge des adhérents. C'est une politique tarifaire très fréquente où la mutualisation du risque est limitée du fait de la segmentation du risque, par les organismes complémentaire santé.

En conséquence les adhérents qui souscrivent un contrat avec les mêmes garanties ne payent pas la même cotisation. L'écart entre les cotisations peut aller du **simple au double** selon l'âge de l'adhérent et le lieu de résidence. Il faut donc être précis et vigilant quand vous demandez des devis.

- **Conseil CGRET : Choisissez un contrat non indexé sur l'âge. Quand vous demandez des devis en ligne, faites en plusieurs en changeant la date de naissance. Vous connaîtrez ainsi avec certitude la politique tarifaire des organismes que vous consultez.**

### d. Analyser les garanties contractuelles

La présentation des garanties proposées par les organismes complémentaire santé doivent respecter un certains formalisme pour faciliter la comparaison.



## 100% SANTÉ

Tous les contrats « responsables » (voir b.) doivent compléter les remboursements de la Sécurité Sociale à hauteur de 100% du BRSS pour les prestations qu'elle prend en charge comme les médicaments qui figurent sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, les honoraires des médecins dans la limite du BR applicable et depuis 2021, les équipements inscrits dans le **plan Santé 100%** (voir [ici](#)). Ce dernier a sensiblement amélioré la prise en charge d'un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans 3 paniers spécifiques de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Ces paniers intègrent un large choix d'équipements de qualité qui seront **pris en charge intégralement**, sans frais supplémentaire à la charge de l'assuré.

Le reste à charge que vous aurez à supporter pour vos frais de santé hors plan santé 100% sera plus ou moins important selon les garanties souscrites, les dépassements d'honoraires et les tarifs des équipements médicaux choisis.

- **CONSEIL CGRET : Généralement ce sont les contrats milieu ou haut de gamme qui couvrent une bonne partie des frais de santé comme les dépassements d'honoraires, les équipements hors plan santé 100%, les ostéopathes,....non pris en charge par l'assurance maladie**

### e. Etudier les cotisations

Elles dépendent systématiquement du niveau de garanties contractuelles souscrit : plus elles sont élevées plus la cotisation sera élevée.

Comparer les devis à garanties équivalentes

Voici quelques questions à se poser :

- Sont-elles indexées sur le lieu de résidence ?
- Sont-elles indexées sur votre date de naissance (voir c.)?

iii. La majoration est-elle dégressive en fonction du nombre d'ayants droit ?

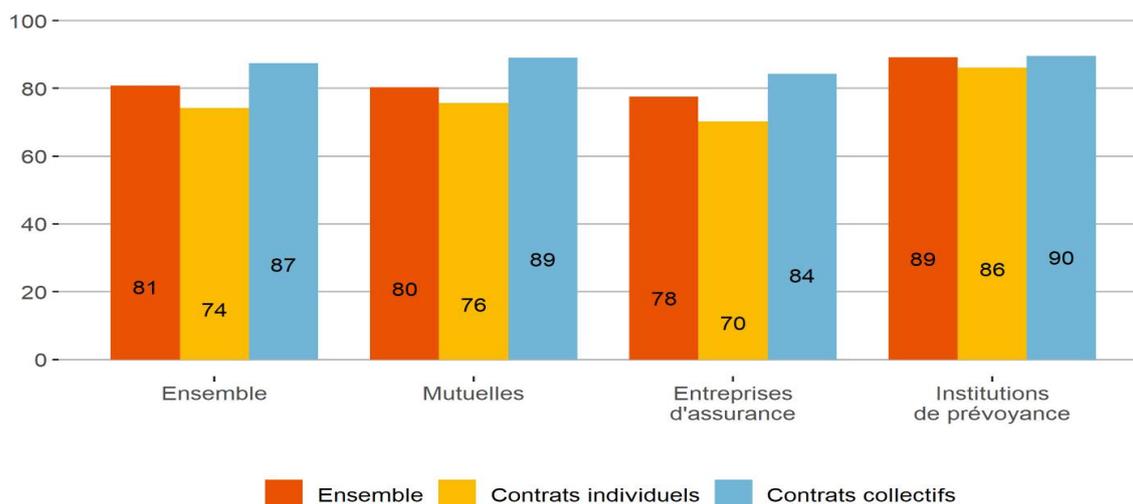
## f. Comparer les garanties contractuelles :



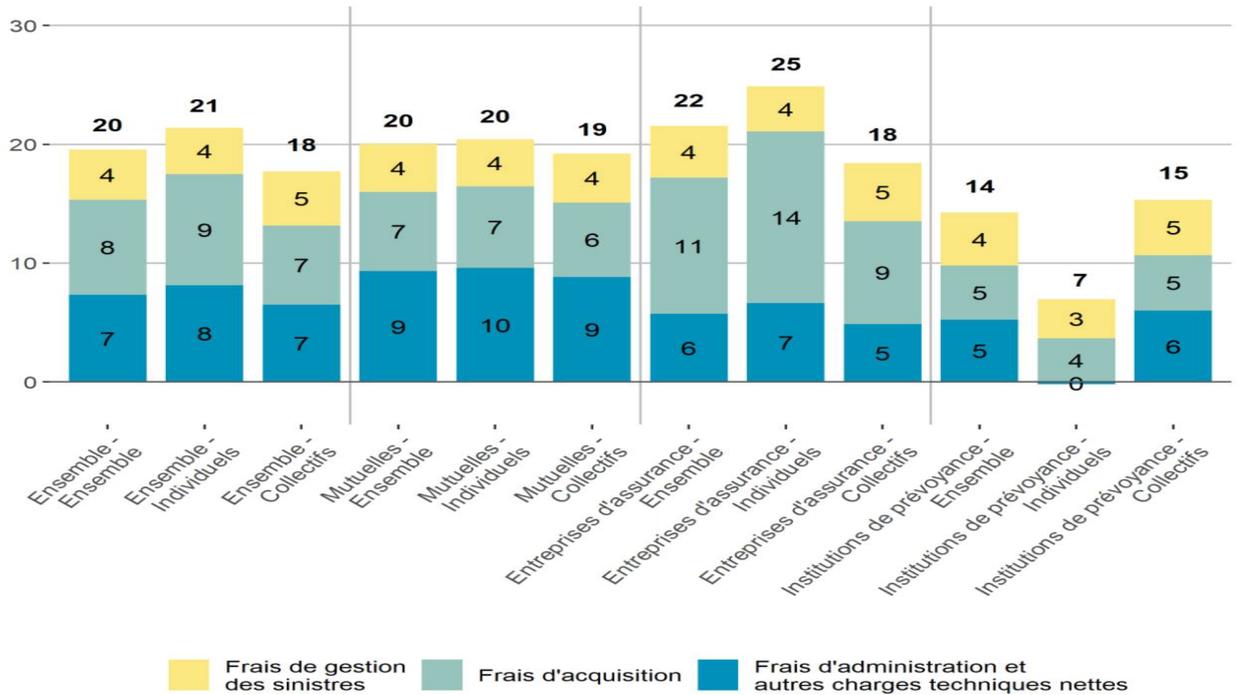
Il n'y a pas de méthode simple pour comparer les garanties contractuelles, chaque organisme cherchant, à sa façon, de vous convaincre, à sa façon.

**Ratio P/C** : Les organismes d'assurance complémentaire santé ont l'obligation de publier le ratio Prestations (= somme des remboursements de frais de santé) /cotisations HT qui permet d'apprécier la performance économique. Les meilleurs peuvent s'approcher de 90%, les moins bons de 70%. Autrement dit la part moyenne remboursée aux adhérents pour 1000 € de cotisation TTC, c'est-à-dire 873 € HT peut être comprise entre 610 € à 790 €. Voir à ce propos [ici](#)

### Ratio Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats en 2022 en % des cotisations collectées (source DREES)



### Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2022, par type d'organismes complémentaires et de contrats en % des cotisations collectées (source DREES)



- **CONSEIL CGRET : Demander et comparer les ratios P/C des organismes que vous consultez lors de votre recherche.**

Si vous souhaitez estimer plus précisément les performances des contrats que vous avez sélectionnés vous pouvez procéder comme suit :

- Choisissez les garanties principales qui correspondent à vos besoins.
  - Calculez, pour chacun des contrats sélectionnés, le reste à charge unitaire des garanties sélectionnées.
  - Définissez un panier type de dépenses annuelles qui regroupe un ou plusieurs actes (selon vos besoins annuels) pour chacune des garanties sélectionnées.
  - Calculez le reste à charge global annuel de votre panier type
  - Comparez la cotisation annuelle avec le reste à charge annuel de chaque contrat sélectionné pour déterminez le contrat le plus performant parmi votre sélection.
- **CONSEIL CGRET : Pour limiter le cout d'un contrat complémentaire santé le critère clef est d'adapter le niveau de garanties contractuel à ses besoins actuels et pressentis sachant qu'il sera possible ultérieurement d'adapter le niveau de garanties à vos nouveaux besoins en changeant de niveau de garanties (et d'organisme si vous y avez intérêt).**

## 6. La mutuelle MFTGS partenaire de CGRET

### a. L'appel d'offre CGRET



Avec le soutien de la direction de CAPGEMINI, le Conseil d'Administration de CGRET a lancé 2 appels d'offres en 2013 pour sélectionner des contrats individuels adaptés aux besoins des retraités.

L'un des critères clefs était de trouver un organisme mutualiste qui propose, a minima 3 contrats individuels performants avec des cotisations indépendantes de l'âge des retraités.

Il fallait également que cet organisme assure la totalité de la gestion contractuelle avec les adhérents (appels de cotisations, gestion des remboursements,...)

CGRET a alors lancé l'appel d'offres avec l'aide d'une société de courtage. Plusieurs organismes ont fait des propositions dont la mutuelle MFTGS.

Après étude des restes à charge pour un même panier de dépenses, des contacts ont été pris avec une des mutuelles historiques d'entreprise du groupe SAFRAN, la MFTGS. Cette mutuelle remplissant tous les critères clefs.

C'est ainsi qu'un accord de partenariat a été conclu entre GCRET et MFTG.

Cet accord, réservé aux adhérents CGRET qui liquident leur retraite ou qui l'ont déjà liquidé, permet d'adhérer directement et sans condition d'âge à un contrat MFTGS réservé aux retraités.

**OFFRE MFTGS** : CGRET a également négocié **une remise spéciale de 2 mois de cotisation remboursés** : un mois après la première année d'adhésion, un autre mois après la deuxième année.

**IMPORTANT** : les adhérents CGRET qui ont quitté le groupe et qui n'ont pas encore liquidé leur retraite peuvent adhérer à un des 5 contrats MFTGS réservés aux actifs. Les garanties de ces contrats actifs sont identiques à celles des contrats retraités et les cotisations sont moindres que celles des contrats retraités. Ces adhérents devront souscrire un contrat « retraité », lors de la liquidation de leur retraite, sans pouvoir bénéficier de la ristourne de 2 mois de cotisation.

Les contrats individuels MFTGS sont régulièrement challengés : ils restent, à ce jour, très performants.

## b. Présentation de la MFTGS



La MFTGS est née au lendemain de la deuxième guerre mondiale, il y a plus de 75 ans, au sein de l'industrie aéronautique. Pour en savoir plus lire cette [page](#)

En 2023, la MFTGS gère plus de **23 000 personnes protégées** répartis en majorité au sein des filiales parisiennes du groupe SAFRAN

Elle gère le contrat groupe Santé SAFRAN Actifs et Retraités en partenariat avec le Groupe VYV et propose des contrats individuels accessibles à tous :

- 5 contrats individuels destinés aux retraités Safran qui n'ont pas choisi le contrat groupe SAFRAN et aux retraités extérieurs au groupe ou en lien avec le groupe.
- 5 contrats individuels destinés aux actifs extérieurs jeunes et adultes.

La prévoyance est proposée à travers son partenariat avec la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Enfin la MFTGS s'est structurée au sein de l'Union de Groupe Mutualiste Entis (Entis Services) avec d'autres mutuelles partenaires pour répondre à l'ensemble des contraintes de son activité en mutualisant les compétences et les coûts.

## c. Performance des contrats individuels MFTGS

La performance économique d'un organisme est évaluée en comparant son ratio Prestation/cotisations HT qui est public et doit être communiqué sur demande. Le dernier ratio MFTGS publié de 90% pour les contrats individuels est excellent puisque dans les plus hauts du marché. Cela s'explique par son organisation ajustée au minimum nécessaire, son statut de mutuelle d'entreprise et son Conseil d'administration constitué de bénévoles. Voir 5.f.

## d. Caractéristiques principales des contrats individuels MFTGS

- i. Les contrats individuels sont « **Responsable** » donc non surtaxés
- ii. Il n'y a pas de limite d'âge pour adhérer
- iii. Les **cotisations des contrats retraités ne sont pas indexées sur l'âge** des adhérents et sur le lieu de résidence principale.
- iv. Il n'y a **pas de délai de carence**
- v. Il n'y a **pas de questionnaire santé**
- vi. Ces **contrats sont ouverts à tous** : vos amis peuvent y adhérer directement voir [ici](#)
- vii. Les garanties des **5 contrats réservés aux actifs et des 5 contrats réservés aux retraités** sont identiques. Le premier niveau garantit un remboursement global de 100% du BRSS. Les 3 derniers contrats prennent en charge la même quote-part des dépassements d'honoraires des médecins. Les 2 derniers proposent des remboursements renforcés en optique, dentaire, audiologie et autres frais de santé.
- viii. Vous pourrez demander de **changer de niveau de garanties pour le mois qui suit votre demande, à la hausse ou à la baisse**, après 12 mois minimum de souscription à un niveau donné en respectant un délai de prévenance de 2 semaines minimum à réception de votre demande par MFTGS.
- ix. Les garanties et les cotisations sont décrites dans la plaquette 4 pages publiée sur notre site CGRET.com (voir [ici](#))
- x. Ils donnent tous accès à un contrat d'assistance à la personne (voir [ici](#))

## e. Procédure d'adhésion à MFTGS



Pour adhérer un **contrat individuel retraité** en bénéficiant des 2 mois de cotisations remboursés (1 mois à mi année N+1, 1 mois à mi année N+2) vous devez, dans un premier temps adhérer à CGRET, puis après réception de votre compte d'accès au site CGRET.com vous y connecter. Vous aurez alors accès à toutes les rubriques du site

CGRET.com et en particulier à la procédure d'adhésion à MFTGS ainsi qu'aux documents téléchargeables du dossier d'adhésion.

### ➤ **CONSEIL CGRET :**

- 1- adhérer à CGRET
- 2- télécharger les documents MFTGS à remplir depuis notre site CGRET.com dont le bulletin d'adhésion spécifique à entête CGRET
- 3- envoyer votre dossier d'adhésion par courrier directement à MFTGS au début du mois M-1 pour une adhésion à un contrat individuel MFTGS le 1<sup>er</sup> du mois suivant M en respectant un délai de prévenance de 2 semaines minimum à réception de votre demande par MFTGS

**Attention** : Si vous n'avez pas liquidé vos droits à retraite il faut souscrire un contrat individuel « **actif** » en suivant la procédure d'adhésion publiée sur le site MFTGS.fr dans cette [page](#)