



# **COMPLEMENTAIRE SANTE POUR MES ADMINISTRÉS : MODE D'EMPLOI**

**LE PREMIER MANUEL QUI AIDE LES COLLECTIVITÉS A METTRE  
EN PLACE UN DISPOSITIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE POUR  
LEURS ADMINISTRÉS**



## Notre raison d'être

Depuis 2015, les bénévoles de l'Association pour une Mutuelle Santé Citoyenne et les équipes de Solidaire Assur permettent à de nombreux citoyens de trouver une solution pour assurer leur santé à travers de dizaines de partenariats avec des collectivités locales. **Forts de ces expériences et conscients de la difficulté pour les élus d'aborder la question, nous avons décidé de synthétiser dans ce livret les points clés de la mise en place d'un dispositif de complémentaire santé pour les administrés d'une collectivité (commune, intercommunalité, département, région).**

Pour plus d'informations ou des compléments, nous nous tenons à votre entière disposition aux coordonnées ci-dessous :



**Fédération Française pour Mutuelle Santé Citoyenne** (association loi 1901)

Thierry Toulemonde

19 avenue Georges Clemenceau, 59130 LAMBERSART

[contact@ffmsc.fr](mailto:contact@ffmsc.fr)

[www.ffmsc.fr](http://www.ffmsc.fr)



**Solidaire Assur** (courtier membre de l'Economie Sociale et Solidaire)

Guillaume Delecourt et Teddy Dekimpe

517 avenue de la République, 59700 MARCQ EN BAROEUL

[partenariat@solidaire-assur.com](mailto:partenariat@solidaire-assur.com) / 03 20 55 97 01

[www.solidaire-assur.org](http://www.solidaire-assur.org)

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Publication : octobre 2021, sous la direction de M VERNIER Joel, tous droits réservés



## ▪ SOMMAIRE

### **PARTIE 1 - Définir le cadre de mise en place d'une complémentaire santé** **4**

- › Un outil pour réduire les inégalités
- › Au titre de l'action sociale
- › Dans un cadre simplifié et sécurisé

### **PARTIE 2 – Vous aider dans votre décision** **6**

- › Les méthodes pour choisir
- › Les écueils à éviter
- › Pérenniser le dispositif

› Fiche technique 1 : La composition d'une cotisation de complémentaire santé

› Fiche technique 2 : Les acteurs d'un contrat de complémentaire santé

› Fiche technique 3 : La typologie des assureurs

### **PARTIE 3 – Découvrir une initiative réussie et accessible pour toutes les collectivités : la FFMSC (asso loi 1901)** **13**

- › Une fédération citoyenne et indépendante
- › La défense des intérêts des adhérents
- › Une réponse adéquate aux collectivités
- › Les engagements de la fédération





# PARTIE 1 - Définir le cadre de mise en place d'une complémentaire santé

Selon une enquête CSA Research réalisée en 2018 <sup>(1)</sup>, **30 % des français auraient renoncé ou retardé des soins au cours des 12 mois précédents**. Près de la moitié d'entre eux évoquent des difficultés pour payer leurs frais de santé, et parmi eux ils sont de plus en plus nombreux à devoir recourir à des crédits à la consommation pour financer leurs soins.

La complémentaire santé permet dans de nombreux cas de limiter ou de supprimer le reste à charge. Près de 3 millions de français n'ont pourtant pas souscrit de complémentaire santé. Des dispositifs comme la complémentaire santé solidaire (CSS) existent mais leur accès est contraint.

## Un outil pour réduire les inégalités

Quand une collectivité locale soutient la mise en place d'une complémentaire santé pour ses habitants, elle joue le rôle d'une coopérative d'achat qui négocie un meilleur rapport qualité/prix. **Nous observons une économie notable** (15-20 %) réalisée sur le coût par rapport à une cotisation « classique ».

La mise en place d'une complémentaire santé à l'échelon local est un **OUTIL D'AIDE À L'ACCÈS AUX SOINS**. Il s'intègre dans un écosystème de propositions visant à améliorer la qualité de l'offre médicale, la prévention et l'accès aux professionnels de santé sur un territoire. Nous estimons que plus de 3000 collectivités ont franchi le pas.

Ce modèle présente un intérêt fort essentiellement pour les personnes à faible revenu, les personnes âgées, les jeunes sans emploi (ou à temps partiel), étudiants, retraités et travailleurs indépendants.

Nous observons que la plupart des personnes bénéficiaires sont âgées de plus de 60 ans.

## Au titre de l'action sociale

La santé ne fait pas partie des compétences des municipalités, il est donc indispensable de veiller aux modalités juridiques de mise en œuvre d'une mutuelle à l'échelon communal.

Les collectivités peuvent cependant agir au titre de **L'ACTION SOCIALE** et **DE L'UTILITÉ PUBLIQUE LOCALE**. Une intervention peut donc être juridiquement justifiée. La collectivité peut alors référencer positivement un ou plusieurs acteurs mais ne peut pas leur accorder une place exclusive.

**Le cadre juridique de la solution retenue par la collectivité locale doit être étudiée précisément.**



### Dans quel cadre la FFMSC fonctionne-t-elle ?

- › La « mutuelle santé citoyenne » s'est construite dans la dynamique des mutuelles communales. Elle se distingue par son fonctionnement **indépendant**, elle est donc plus qu'une « mutuelle communale » car son champ d'action « citoyen » s'étend aussi à des associations, sorties de groupe d'entreprise, ...
- › Une égalité stricte est appliquée entre tous partenaires qui participent de fait à un **mouvement citoyen** global.

<sup>(1)</sup> Une étude réalisée par CSA Research pour Cofidis France, par questionnaire auto-administré en ligne du 11 au 13 septembre 2018 auprès d'un échantillon de 1005 Français, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.





# PARTIE 1 – DEFINIR LE CADRE DE MISE EN PLACE

## Dans un cadre simplifié et sécurisé

Pour répondre aux attentes des collectivités, de nombreux modèles ont été imaginés et mis en place afin de correspondre aux problématiques et exigences d'un marché réglementé. L'UNCCAS<sup>(2)</sup> et l'AMF ont été saisies à de nombreuses reprises pour s'exprimer sur le modèle le plus pertinent. Aucune recommandation n'a été faite mais plusieurs observations et réserves ont été émises.

### CADRES D'INTERVENTION EXPLICITÉS PAR LA FFMSC

	Degré de spécificité	Pilotage du programme	Distribution du contrat	Risques
Contrat standard d'un organisme d'assurance <sup>(3)</sup> avec un rabais sur la cotisation	 Application d'une réduction en % sur des contrats standards	 Le contrat suit l'indice national imposé par l'assureur, il n'y a aucun suivi du contrat	 Par le représentant de l'assureur (agent général, commercial)	 Aucun suivi possible des résultats Vente additionnelle hors complémentaire santé Concurrence déloyale vis à vis des autres acteurs locaux
Contrat souscrit par une association tenue par un professionnel de l'assurance (courtier, organisme d'assurance)	 Gamme « communale » créée par le professionnel	 Suivi fait directement par le professionnel souscripteur du programme, aucune transparence	 Par le réseau interne du professionnel (courtiers mandataires, agences,...)	 Manque de transparence de la rémunération Prix d'appel pour attirer Tendance inflationniste des cotisations
Contrat souscrit par une association indépendante communale	 Sur la base d'un cahier des charges rédigé par l'association communale	 Par l'association et ses membres en demandant les éléments techniques à l'assureur	 Par un ou plusieurs professionnels référencés par l'association	 Pas de pouvoir de négociation fort Faible mutualisation (surtout au lancement) et donc déséquilibre technique probable à long terme
Contrat souscrit par une association indépendante nationale	 Sur la base d'un cahier des charges rédigé par l'association nationale	 Par l'association et ses membres en demandant les éléments techniques à l'assureur	 Par un ou plusieurs professionnels référencés par l'association	 -



La collectivité ne peut pas être souscriptrice d'un contrat de complémentaire santé en son nom. Cette intervention de la commune est hors de son champ de compétences.

<sup>(2)</sup> Mutuelles dites communales : positionnement et recommandations de l'UNCCAS – 6 février 2017

<sup>(3)</sup> Les organismes d'assurance sont de trois types : compagnie d'assurance, mutuelle et institut de prévoyance (cf. Fiche technique 3 : la typologie des assureurs)





# PARTIE 2 – Vous aider dans votre décision

## Les méthodes pour choisir



### Appel à Partenariat

A travers un cahier des charges et une grille d'évaluation objective afin de choisir le meilleur prestataire.  
La mise en place se fera en exclusivité avec ce partenaire.



### Consultation par un conseil

A travers un mandat donné à un conseil pour choisir le meilleur prestataire et pour l'accompagnement à la mise en place.



Vérifiez les potentiels conflits d'intérêts entre le conseil et les prestataires



### Multi Propositions

A travers un cahier des charges et une grille d'évaluation objective afin de choisir tous les prestataires répondant aux minima indiqués.  
La mise en place se fera au bénéfice de tous les partenaires retenus.

## Les écueils à éviter lors de votre prise de décision

### **Ecueil n°1 : signer un engagement contraignant de production ou de durée**

- › La collectivité doit pouvoir à tout moment renoncer à tout acteur sans conditions pénalisantes.
- › L'adhésion des usagers doit être volontaire et non obligatoire.

### **Ecueil n°2 : se porter responsable de l'évolution du contrat**

- › La responsabilité de l'évolution des tarifs et garanties proposés à vos administrés ne doit pas vous être imputée – un rappel strict des rôles de chaque acteur doit être fait régulièrement.
- › Compenser des cotisations volontairement basses par des financements publics reviendrait à instituer des subventions publiques à un acteur privé faussant la libre concurrence des acteurs économiques.





## PARTIE 2 – VOUS AIDER DANS VOTRE DÉCISION

### Ecueil n°3 : choisir le contrat le plus « simpliste »

- › La distribution d'un contrat d'assurance santé doit répondre à un strict protocole de vente – si une adhésion se fait sur une simple déclaration sans diagnostic au préalable, fort à parier que la vente ne sera pas objective.
- › La proposition d'un tarif « unique » quelque soit l'âge représente un risque certain de déséquilibre car il ne permet pas une mutualisation appropriée du risque.

### Ecueil n°4 : choisir le contrat le moins cher

- › Les prix d'appels (tarifs artificiellement baissés pour gagner du volume commercial) permettent d'engranger rapidement du volume d'adhérents mais font courir le risque d'un déséquilibre à court ou moyen terme avec des augmentations importantes.
- › Les « mois offerts » permettent artificiellement de réduire les cotisations mais sont soit répercutés sur le tarif des autres mois, soit redressés sur les années suivantes.
- › Une promotion sur un contrat de complémentaire santé n'est pas une offre fiable à long terme.

### Ecueil n°5 : accepter des investissements massifs du partenaire

- › Vérifier les conditions de rémunération des différents acteurs et exiger une charte de vente éthique
- › Chaque investissement commercial risque d'être répercuté sur la cotisation des adhérents (ex. location d'un local, publicité payante, démarchage à domicile, ...).
- › La distribution d'autres produits d'assurance que le contrat présenté dans le partenariat peut représenter un gain de part de marché détourné venant créer une concurrence déloyale vis-à-vis d'autres acteurs locaux de l'assurance.



La FFMSC recommande à la collectivité **de refuser au distributeur tout démarchage à domicile** afin de ne pas permettre à des « démarcheurs » extérieurs d'usurper le dispositif

### Ecueil n°6 : ne pas exiger de justifications chiffrées sur les évolutions tarifaires

- › Des informations qualifiées et qualitatives doivent être transmises à la collectivité pour juger la pertinence des évolutions et permettre le contrôle des révisions de tarifs.
- › En effet, certains assureurs proposent des tarifs très attractifs la première année, puis majorent les cotisations les années suivantes.



LE COÛT DU RISQUE

LES TAXES

LES FRAIS DE GESTION

LES FRAIS DE CONSEIL

Cf. Fiche Technique sur la composition d'une cotisation >



### LES ESSENTIELS À RETENIR !

- › N'engagez pas la responsabilité de la collectivité dans l'évolution du contrat !
- › Ne sélectionnez pas les offres uniquement en fonction de leur tarif !
- › Réclamez les éléments de pilotage du contrat et des explications claires !
- › Définissez un périmètre précis du cadre d'intervention du professionnel !





## PARTIE 2 – VOUS AIDER DANS VOTRE DÉCISION

### Comment pérenniser le dispositif ?

Mettre en place une mutuelle sur une collectivité entraîne généralement un engouement dans les 2 premières années de déploiement mais le plus dur est de maintenir le niveau de présence et de qualité sur le long terme. Le temps commercial d'une mutuelle n'est pas celui du temps politique, il est impératif de disposer des outils suffisants pour que ce dispositif survive d'un mandat à un autre.

#### **RECOMMANDATION N°1 : Penser sur le moyen terme en mettant en place une solution équilibrée et équitable dès le lancement**

- › Privilégier les offres structurées afin d'éviter les effets de seuil autour des tranches d'âge ;
- › Privilégier les garanties des contrats responsables présentant des plafonds de remboursement ;
- › Vérifier la concordance des garanties avec les pratiques tarifaires de votre région ;
- › Optimiser les remboursements en utilisant par exemple des réseaux de soins.

#### **RECOMMANDATION N°2 : Vérifier en amont la concordance entre la qualité et le coût de la gestion**

- › Disposer d'une solution de tiers-payant efficiente ;
- › Ergonomie et simplicité de l'intranet dédié et de l'espace bénéficiaire, et qui laisse l'opportunité de maintenir une gestion « papier » si besoin ;
- › Vérifier la rapidité de remboursements et les procédures de télétransmission (= noémisation) ;
- › Privilégier un centre de gestion près de chez vous pour favoriser l'emploi local.

#### **RECOMMANDATION N°3 : Avoir un pilotage technique précis et permanent**

- › Avoir une analyse des consommations sur différentes grilles de lecture (cohortes de bénéficiaires / âges / formules de garantie) ;
- › Réclamer une analyse des résultats techniques en fonction des types de soins et des périodes de souscriptions ;
- › Mettre en contexte les évolutions de consommation et faire évoluer le contrat si besoin.

Chaque année, il est recommandé de faire **un BILAN avec votre conseil** sur le dispositif. Ce bilan pourra intégrer les éléments suivants :

- › Statistiques globales du contrat
- › Nombre d'adhérents et l'évolution
- › Nombre de permanences
- › Nombre de rencontres
- › Taux de remplissage des permanences
- › Communication réalisée
- › Situations précises à remonter



N'hésitez pas à demander un exemplaire de Bilan & Perspectives à [contact@ffmsc.fr](mailto:contact@ffmsc.fr)





### Fiche technique 1 : La composition d'une cotisation de complémentaire santé (1/2)

La tarification d'une cotisation se base sur quatre items qui sont en inclusion dans la cotisation globale payée par l'adhérent. Les augmentations régulières que subissent les adhérents peuvent trouver leur source dans une ou plusieurs modifications impactant ces items.

Ex. en 2020 et 2021, la taxe COVID a été imputée aux contrats de complémentaire santé par les assureurs entraînant une hausse globale des cotisations.

#### LE COÛT DU RISQUE

- › Types de soins couverts : soins courants de ville, soins hospitaliers, spécialistes, dentaire, optique, audiologie, autres soins, médecine et médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale
- › Niveau de garanties : les garanties peuvent être supérieures au panier de soins réglementaire
- › Structuration par âge : l'âge étant un facteur de risques accru, la logique assurantielle veut que plus les risques augmentent plus l'assurance coûte cher

*L'état de santé : cette variable est exclue du calcul du risque grâce à la notion de contrat solidaire*

#### LES TAXES

Deux taux à retenir :

- › Contrats responsables à 13,27% du HT (cf. LFSS 2016)
- › Contrats non responsables 20,27% du HT

#### LES FRAIS DE GESTION

Exprimés en % de la cotisation HT (en règle générale)

- › Gestion administrative : enregistrement des contrats, suivi des modifications, encaissement des cotisations
- › Gestion des prestations traitement des demandes de prestations soit par télétransmission Assurance Maladie, soit par prise en charge, soit traitement manuel
- › Gestion actuarielle : analyse des résultats, recherche de solutions d'équilibre, analyse des consommations

#### LES FRAIS DE CONSEIL

Exprimés en % de la cotisation HT (en règle générale)

- › Frais commerciaux, publicité, actions promotionnelles

**Remarque : Les frais de conseil et de gestion peuvent être exprimés forfaitairement en €** quels que soient la composition de la famille, le choix de formule et le coût de la garantie. Ce fonctionnement permettrait (1) de ne pas inciter le distributeur à conseiller la formule la plus chère et (2) de décorrélérer la hausse du coût du risque avec la rémunération du distributeur.





### Fiche technique 1 : La composition d'une cotisation de complémentaire santé (2/2)

En chiffres, voici comment se compose une cotisation de complémentaire santé :

#### Cotisations TTC 100€ / mois



**74€ sont dédiés aux soins** en complément de la Sécurité Sociale (frais de séjour, dépassements d'honoraires, ticket modérateur, optique, dentaire, médecine douce ...)



**13€ de taxes** incluant la taxe de solidarité additionnelle (6,27%) et une taxe spéciale sur les conventions d'assurance (7%)



**8€ sont dédiés à la gestion** qui comprend tous les actes de remboursements, de devis, d'estimations, du plateau téléphonique, ainsi que des fonctions actuarielles de l'assureur.



**5€ sont dédiés au conseil et au pilotage** incluant les frais de commercialisation, les actions de promotion auprès des partenaires et le pilotage global du contrat afin de maintenir son équilibre.

Autres structures de cotisations selon plusieurs approches commerciales :

#### MARCHE CLASSIQUE Cotisations TTC 100€ / mois



**62€ sont dédiés aux soins**



**13€ de taxes**



**10€ sont dédiés à la gestion**



**15€ sont dédiés au conseil et au pilotage**

#### MARCHE HAUT Cotisations TTC 100€ / mois



**52€ sont dédiés aux soins**



**13€ de taxes**



**10€ sont dédiés à la gestion**



**25€ sont dédiés au conseil et au pilotage**

#### MARCHE PRECOMPTE 1 AN Cotisations TTC 100€ / mois



**27€ sont dédiés aux soins**



**13€ de taxes**



**10€ sont dédiés à la gestion**



**50€ sont dédiés au conseil et au pilotage**

Ci-dessus trois exemples de type de tarifications trouvés fréquemment sur le marché. On remarquera que la part de rémunération des intermédiaires a un rôle très important dans l'équilibre et la pérennité du contrat.



Sachant que la fréquence et le coût des soins sont égaux pour tous, tout sur-commissionnement ou cadeau d'appel sera sanctionné par **une indexation tarifaire proportionnelle** dès le premier renouvellement afin de compenser le déséquilibre créé.





### Fiche technique 2 : Les acteurs d'un contrat de complémentaire santé

Un contrat de **complémentaire santé** respecte un montage bien proportionné, composé de différents intervenants qui permettent de bâtir une offre compétitive et pérenne.

Il est préférable que le contrôle de ces divers acteurs soit piloté par une **structure indépendante et ayant une connaissance suffisante du milieu de la complémentaire santé**. Son fonctionnement bénévole garantira le côté non mercantile de la démarche.

#### **Qui sont les acteurs qui interviennent ?**

Prenons l'exemple d'une carte de tiers-payant pour expliquer qui sont les acteurs qui interviennent dans un contrat de complémentaire santé :

GESTIONNAIRE		ASSUREUR		Période de validité		N° Adhérent					
				du 01/01/2019 au 31/12/2019		15997963					
				Editée le		N° AMC					
				15/03/2019		03800000					
				Télétransmission Hors SV		Type Conv.					
				00733931		Voir colonnes					
						CSR					
						031					
Domaines ouvrant droit au tiers payant <sup>(*)</sup>											
Nom Prénom		PHAR	MEDE	SVIL	CSSE	TRAN	OPTI	AUDI	DESO	DEPR	HOSP
Date de naissance - Rang - N° S.S. - Clé		IS	IS	IS	IS	IS	OC	OC	IS	OC	OC
<b>ASSURE(S)</b>		100	100	100	100	100	PEC (1)	PEC (1)	100	PEC (1)	PEC (1)
(*) 050 : M: RC = %TM Facturation : IS iSanté, OC Organisme Complémentaire (1) Après acceptation de la demande de prise en charge par l'OC											

#### **(1) L'assureur**

Il couvre le risque financier du contrat en estimant un tarif. Il édite le contrat d'assurance entre lui et le souscripteur.

#### **(2) Le gestionnaire**

Professionnel indépendant qui se charge de la gestion des remboursements, devis, prises en charge hospitalière, carte de tiers-payant, ... auprès des bénéficiaires. Il dispose de ressources matérielles, humaines et numériques spécifiques à la gestion.

Remarque : Dans les mutuelles, la gestion est généralement effectuée par l'assureur lui-même.

#### **(3) L'assuré**

Personne qui souscrit le contrat pour bénéficier des garanties proposées par l'assureur contre paiement d'une cotisation. Le contrat a soit été négocié directement soit par l'intermédiaire d'un collectif (fédération, association).

#### **(4) L'intermédiaire**

Il valide la pertinence du prix et des garanties proposées par l'assureur en fonction des besoins du bénéficiaire. Il renseigne le bénéficiaire sur les conditions et les modalités pratiques du contrat. Et il vérifie la bonne exécution de la vie contrat auprès du gestionnaire. Il pilote le programme et négocie les conditions. Son indépendance et son professionnalisme permettent un accompagnement de qualité.





### Fiche technique 3 : les typologies d'assureurs

Trois types de porteurs de risques existent et ont des objectifs capitalistiques bien différents, là encore il faudra répondre à la question de savoir si leur particularité répond à votre éthique.



	MUTUELLE	INSTITUT DE PREVOYANCE	COMPAGNIE D'ASSURANCE
Fonctionnement	Société sans actionnaires dirigée par un conseil d'administration composé d'adhérents bénévoles	Société sans actionnaires dirigée par un conseil d'administration paritairement composé de syndicats du patronat et du salariat	Société avec actionnaires
Les +	Pas de dividendes reversées	Pas d'excédents financiers	Positionnement tarifaire agressif
Les -	-	Spécialisé sur les branches professionnelles	Stratégie orientée vers la lucrativité

#### Comment choisir ?

De nombreux critères entrent en jeu pour vous aider à identifier un interlocuteur qui corresponde à vos projets et à vos valeurs :

- › La solvabilité de l'assureur qui détermine sa capacité à garantir dans le temps ses engagements ;
- › Ses moyens techniques pour apporter un service efficient et efficace – y compris en termes de gestion ;
- › Ses outils de communication au service des adhérents ;
- › Sa capacité à fournir régulièrement des statistiques, reporting et chiffres d'utilisation des garanties pour en optimiser la pertinence ;
- › Sa volonté de consacrer les cotisations des adhérents aux soins et non à des opérations commerciales et publicitaires.





# PARTIE 3 – Découvrir une initiative réussie et accessible pour toutes les collectivités : la Mutuelle Santé Citoyenne (asso loi 1901)

## Une fédération citoyenne et indépendante



La **Fédération Française pour une Mutuelle Santé Citoyenne** est une association à but non lucratif, créée en 2015, régie par la loi du 1er juillet 1901, et composée exclusivement de membres bénévoles agissant dans l'intérêt des exclus de l'Accord National Interprofessionnel (ANI, LFSS 2016) afin de faciliter le retour aux soins et de bénéficier d'une amélioration du pouvoir d'achat.

Elle a aussi pour objectif de **répondre aux attentes des élus des municipalités et des collectivités locales** en apportant aux administrés une solution de complémentaire santé coconstruite localement.

La FFMSC se distingue par son **fonctionnement participatif**. Les adhérents sont tous détenteurs d'une voix lors de l'assemblée générale annuelle leur permettant de nommer leurs représentants au conseil d'administration, de proposer des aménagements de couverture, d'arbitrer les choix proposés par le bureau constitué de membres eux aussi élus démocratiquement par les seuls adhérents.

La fédération est **indépendante financièrement** fonctionnant uniquement sur la seule cotisation de 1€ / mois par foyer.

Afin de répondre aux obligations légales qui pèsent sur la présentation d'opérations d'assurance et après un choix résultant d'un appel d'offre, la Fédération se fait assister du premier courtier de **l'Economie Sociale et Solidaire** « Solidaire Assur » qui est chargé de toutes les négociations avec les porteurs de risque (Mutuelles, Instituts de Prévoyance ou Assureurs) et de la gestion des souscriptions.

Afin de permettre au plus grand nombre de la rejoindre, la fédération permet à des associations déjà constituées de bénéficier de son contrat pour leurs propres adhérents.

Aussi elle privilégie la distribution de son contrat par des représentants locaux (courtiers, agents d'assurance, mandataires).



**« Notre engagement : permettre à tous un accès aux soins grâce à des formules de garanties performantes et la défense des intérêts du plus grand nombre. »**



**Joël VERNIER**

Fondateur de la FFMSC





### La défense des intérêts des citoyens !

La fédération a souscrit en son nom un **CONTRAT COLLECTIF UNIQUE** auquel les adhérents souscrivent garantissant une mutualisation la plus large possible.

- › Plusieurs formules de garanties sont proposées afin de répondre aux attentes de chacun ;
- › Aucun délai de carence, aucun questionnaire médical et aucune limite d'âge ;
- › Des frais commerciaux et de gestion réduits et négociés ;
- › Une économie moyenne constatée de plus de 457 euros sur les contrats de nos adhérents sur des garanties similaires (étude FFMSC portant sur un comparatif de plus de 200 devis transformés entre 2020 et 2021).

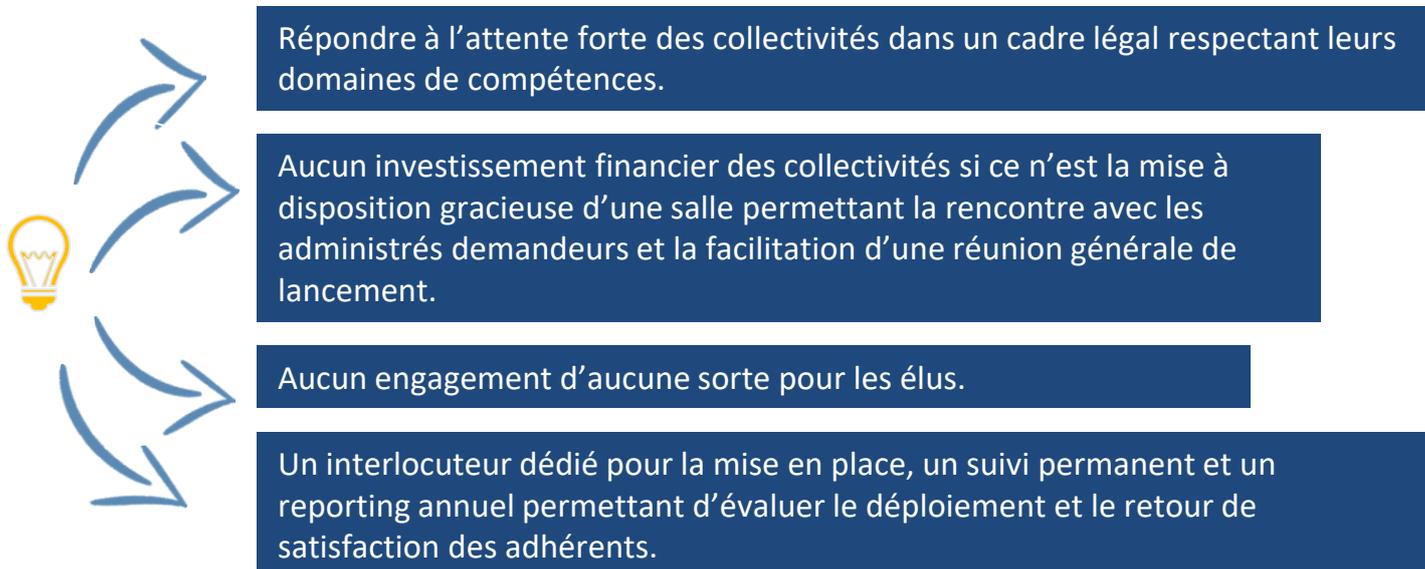
La fédération inscrit au cœur de sa démarche les valeurs de **L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE** parmi lesquelles se trouvent la proximité, la disponibilité et la non-délocalisation des activités. A ce titre, la fédération exige de son distributeur :

- › Un interlocuteur attitré pour répondre aux questions lors de la souscription d'un contrat ;
- › Une présence au plus proche des adhérents nous rejoignant par le biais de leur collectivité ;
- › La prise en charge des frais de courrier et des démarches de résiliation de l'ancienne mutuelle.

La fédération a à cœur de soutenir, de défendre et d'informer ses adhérents sur les grandes questions sociales et sociétales qui les concernent. Pour cela, elle dispose :

- › D'un fonds social propre ;
- › D'actions de soutien et de prévention ;
- › D'une lettre d'information mensuelle ;
- › De deux sites internet et une application smartphone ;
- › D'un mécénat et partenariat avec l'Institut Pasteur de Lille (59).

### Une réponse adéquate aux collectivités





### Notre engagement : la défense des intérêts de tous les bénéficiaires de la complémentaire santé

Depuis notre création en 2015 nous avons entamé une démarche auprès des élus des Hauts de France, des Ministres de la solidarité et de la santé, du Ministre de l'Action sociale et du budget, du Premier Ministre et du Président de la République.

Nos revendications ont retenu l'attention de nos interlocuteurs et mi-juillet 2021, la Présidence de la République consciente de la pertinence de nos demandes a demandé au ministre des Solidarités et de la santé d'étudier notre reconnaissance en tant que d'utilité publique.

- › Ces démarches démontrent si besoin en était nécessaire que nous n'avons aucun intérêt commercial.
- › Cette particularité est unique sur le marché de la complémentaire santé et nous comptons au fil des prochains mois pouvoir accéder à la table des négociations ou à ce jour seuls les actifs sont représentés.

### Nos revendications présentées au Président de la République



*{extrait de notre lettre de juin 2021}*

Aujourd'hui Monsieur le Président nous avons besoin de votre reconnaissance pour aller plus loin et porter notre action désintéressée sur l'ensemble du territoire. Après la reconnaissance de notre utilité sociale par nombre d'élus, nous vous sollicitons pour être reconnus d'utilité publique et ainsi pouvoir porter notre action en faveur de tous.

Plusieurs pistes de réflexion et de progrès restent à parcourir la plupart d'entre elles ne sont pas inflationnistes :

- › Encadrement et forfaitarisation des commissions de commercialisations (agents généraux, courtiers, réseaux commerciaux), rémunération fixe par adhésion et non par un pourcentage de la cotisation hors taxes.
- › Interdiction ou sévère encadrement de la publicité et du démarchage sauvage concernant la complémentaire santé
- › Interdiction aux OCAM de financer avec les cotisations des opérations publicitaires lourdes (course à la voile, naming, stadium, ...) Le sport est au service de la santé et non la santé au service du sport.
- › Développement rapide et normalisation des mesures nécessaires à la lisibilité et à la comparaison des offres de complémentaire santé, plus grande clarté et contrôles des coûts relevant des frais de gestion et des rémunérations commerciales.
- › Crédit d'impôts en faveur des adhérents retraités ou non actifs à la complémentaire santé
- › Information objective concernant les produits du 100% santé, ne plus confondre prothèses et bijoux
- › Participation des non actifs aux négociations de la complémentaire santé au même titre que les partenaires sociaux.
- › Accès consultatif aux structures nationales de la santé, représentation au sein des structures régionales des caisses primaires d'assurance maladie.
- › Reconnaissance au sein de l'UNCASS, de l'Association des Maires de France et des Conseils départementaux détenteurs des compétences en la matière.
- › Plus grande prise en compte des petites mutuelles au sein de la Mutualité Française. Mise en œuvre de nouvelles règles évitant la concentration des acteurs mutualistes et la création de monopoles visant à étouffer toute concurrence.



*Rejoignez nous !*



Fédération Française pour une  
Mutuelle Santé Citoyenne

## **COMPLEMENTAIRE SANTE POUR MES ADMINISTRES : MODE D'EMPLOI**