



Contrat groupe santé

ETAR et services avicoles
de Bretagne

SOMMAIRE

Comment faire adhérer mon entreprise ?	3
Comment est affilié le salarié ?	3
Comment affilier les ayants-droit et adhérer aux options ?	4
A partir de quand votre salarié est affilié ?.....	4
Dans quels cas un salarié peut-il être dispensé ?.....	5
Les apprentis et les saisonniers sont-ils concernés ?	6
Qui doit assurer le salarié lorsqu'il a plusieurs employeurs ?	6
Dois-je continuer à assurer le salarié en cas de suspension du contrat de travail ?	6
Comment seront appelées les cotisations ?	7
Un salarié en partance de l'entreprise peut-il conserver son contrat ?.....	8

Annexes :

- Plaquette commerciale des garanties 2023
- Fiche tarifaire 2023
- Comment accéder à votre fiche de paramétrage « Organisme Complémentaire » FPOC ?
- Comment réaliser vos déclarations de Complémentaire Santé dans la DSN (fiche FPOC) ?
- Note d'information sur la Proratisation de la couverture santé et des cotisations



Comment faire adhérer mon entreprise ?

L'affiliation se formalise par la complétude d'un **Bulletin d'affiliation**, accompagné d'un **extrait K-bis de moins de 3 mois**, d'un **RIB**, d'un **mandat SEPA** et d'une copie de la **pièce d'identité de l'employeur signataire**. Les documents contractuels sont disponibles dans l'espace employeur.

Les documents dûment complétés et signés sont à transmettre à Mutualia aux adresses suivantes :

Mutualia Grand Ouest
3 rue Hervé de Guébriant
29800 LANDERNEAU

**pour les entreprises du Finistère et
des Côtes d'Armor**

Mutualia Grand Ouest
4 rue Anita Conti
56000 VANNES

**pour les entreprises du Morbihan et
d'Ille et Vilaine**



Comment est affilié le salarié ?

Depuis le 1^{er} janvier 2020, l'affiliation des salariés se fait sans clause d'ancienneté, dès le 1^{er} jour d'embauche. Il y a deux modes d'affiliation des salariés au contrat complémentaire santé ETAR de Bretagne / Mutualia :

➔ **Par affiliation automatique par les services de la MSA après La Déclaration Préalable À l'Embauche (DPAE)**

- pour les **CDI**
- pour les **CDD de plus d'1 mois**

La DPAE et DPAE-CDD s'effectuent principalement **par Internet** depuis "Mon espace privé MSA" ou sur le site net-entreprises.fr.

La Déclaration Préalable À l'Embauche (DPAE) doit être transmise **dans un délai de 8 jours** avant l'embauche d'un salarié dans les huit jours précédant la date prévisible d'embauche

Si le salarié souhaite être dispensé, vous avez la possibilité de le faire directement par le biais de l'écran « ÉTAT CIVIL » disponible au niveau du service MSA. Dès que la DPAE est validée par la MSA, **l'affiliation du salarié à Mutualia est automatique et une carte de tiers payant lui est adressée.**

DECLARATION PREALABLE A L'EMBAUCHE SUR L'ESPACE PRIVE DE LA MSA



DÉCLENCHEMENT DE L'AFFILIATION DU SALARIÉ À MUTUALIA À LA DATE D'EMBAUCHE + ENVOI AUTOMATIQUE D'UNE CARTE DE TIERS PAYANT

- ➔ **Par bulletin individuel d'affiliation (Service Complémentaire)**
- pour les **CDD de moins d'1 mois**



Comment affilier les ayants-droit et adhérer aux options ?

Le salarié a la possibilité d'affilier ses ayants-droit et adhérer aux options à l'aide du bulletin d'adhésion et du mandat SEPA présents dans l'espace employeur.

Les documents dûment complétés et signés sont à transmettre à Mutualia aux adresses suivantes ;

Pour les entreprises du Finistère et des Côtes d'Armor

Mutualia Grand Ouest
3 rue Hervé de Guébriant
29800 LANDERNEAU

Pour les entreprises du Morbihan et d'Ille et Vilaine

Mutualia Grand Ouest
4 rue Anita Conti
56000 VANNES



A partir de quand votre salarié est affilié ?

Le bénéfice de la garantie Frais de Santé prend effet à la **date d'embauche du salarié**.



II Dans quels cas un salarié peut-il être dispensé ?

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une **durée au moins égale à douze (12) mois**, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une **durée inférieure à douze (12) mois**, à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- Les salariés à **temps partiel** et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute à condition de le justifier par écrit en produisant tous documents attestant d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties ;
- Les salariés bénéficiaires du **dispositif CSS** (Complémentaire Santé Solidaire). La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Les salariés couverts par une **assurance individuelle au moment de la mise en place** du dispositif ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants-droit, d'une **couverture collective** relevant de l'un des dispositifs de garantie Frais de santé conforme à un de ceux visés ci-après (voir Arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion), à condition de le justifier chaque année :
 - Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire),
 - Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
 - Régime complémentaire Frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'Etat, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 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,
 - Régime complémentaire Frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation

des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,

- Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »,
- Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Dans tous les cas, les employeurs doivent être en mesure de produire chaque année la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle ledit salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.



Les apprentis et les saisonniers sont-ils concernés ?

Oui, les apprentis comme les saisonniers sont également concernés au même titre que les autres salariés. Ils peuvent toutefois demander à en être dispensés, dans les conditions fixées à l'article précédent « **Dans quels cas un salarié peut-il être dispensé** ».



Qui doit assurer le salarié lorsqu'il a plusieurs employeurs ?

L'employeur qui assure le salarié est celui auprès duquel la complémentaire santé a été **mise en place en premier**.



Dois-je continuer à assurer le salarié en cas de suspension du contrat de travail ?

Oui, en cas de **suspension du contrat de travail et que le salarié bénéficie pendant la période :**

- d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers, ou
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur,

le contrat est maintenu dans les mêmes conditions sans contrepartie de cotisation pour tout mois complet civil d'absence. Pour les suspensions de contrat de travail inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire est calculée sur le salaire ou complément de salaire versé par l'employeur.

L'adhésion des salariés – y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant – à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;
- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de formation ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, aucune cotisation n'est due par l'employeur en ce qui concerne le salarié ou ses éventuels ayants droit, dont les garanties sont suspendues. La période de suspension intervient de plein droit à la date de suspension du contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que La Mutuelle en soit informée dans un délai de 15 jours suivant cette reprise. A défaut, la période suspension des garanties prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du salarié.



Comment seront appelées les cotisations ?

La cotisation de base afférente au contrat socle du salarié sera appelée par la MSA en même temps que les autres cotisations sociales. Cette cotisation figurera sur le bulletin de paie du salarié et sera co-financée à 50/50 entre l'employeur et le salarié.

Les cotisations afférentes aux options souscrites et aux ayants-droit rattachés au contrat du salarié seront appelées directement au salarié par MUTUALIA par prélèvement mensuel.

Les cotisations sont proratisées en fonction de la date d'entrée et de départ du salarié dans l'entreprise.

Toutes les dates d'entrées et de sorties doivent correspondre avec les déclarations faites au régime obligatoire.

D'une manière générale :

- La date d'entrée correspond à la date d'embauche
- La date de sortie correspond à la date de rupture du contrat

La règle de proratisation retenue est :

- le montant journalier de cotisation est obtenu en divisant le montant mensuel de cotisation par le nombre de jours du mois concerné.

- Le montant d'une partie de mois est obtenu en multipliant le montant journalier de cotisation par le nombre de jours de présence dans le mois.

Exemple 1 :

- Cotisation mensuelle = 108.5€ TTC.
- Le mois de mars comprenant 31 jours, le montant journalier est de 3.5€.
- Période du 01/03 au 08/03 = $3.5 * 8j = 28€$

Exemple 2 :

- Cotisation mensuelle = 108.5€ TTC.
- Le mois de novembre comprenant 30 jours, le montant journalier est de 3.62€ (arrondi classique).
- Période du 02/11 au 30/11 = $3.62 * 28 j = 101.36€$



Un salarié en partance de l'entreprise peut-il conserver son contrat ?

Oui, c'est possible dans les deux cas suivants :

o Portabilité des droits en santé

Les anciens salariés bénéficient du maintien de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage. Le salarié doit avoir été assuré sur le contrat groupe avant la date de cessation du contrat de travail.

Le maintien de la garantie est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation de l'assurance chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur, sans pouvoir excéder douze mois.

Ce maintien de garanties se fait à titre gratuit, aucune cotisation n'est due sur cette période par l'ancien salarié.

o Maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

Les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement s'ils sont privés d'emploi peuvent bénéficier d'un maintien de garantie avec un tarif encadré.

Ils ont 6 mois pour en faire la demande.

Le tarif est encadré de la manière suivante :

- 1^{ère} année = même tarif que les actifs
- 2^{ème} année = le tarif des actifs + 25%
- 3^{ème} année = le tarif des actifs + 50%



Plaquette commerciale des garanties 2023

MUTUALIA VIVACTIV'ETAR BZH



Nouvelle offre complémentaire santé

**des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux
et des prestataires de services avicoles.**



Entre nous, c'est humain



1^{ère} mutuelle régionale labellisée au titre de son engagement RSE



VOS REPRÉSENTANTS ONT CHOISI MUTUALIA

pour la complémentaire santé des entrepreneurs de travaux agricoles et ruraux, et des prestataires de services avicoles.

Vos représentants ont sélectionné l'offre **VIVACTIV'ETAR BZH** de Mutualia pour l'ensemble de leurs établissements.

Cette couverture collective en frais de santé est applicable **depuis le 1^{er} janvier 2016**.

Il vous appartient en tant qu'employeur de la mettre en place pour vos salariés. Aussi, vous avez aujourd'hui tout intérêt à bénéficier des avantages de l'offre **VIVACTIV'ETAR BZH**.

Bien plus qu'une simple réponse aux nouvelles obligations réglementaires, **VIVACTIV'ETAR BZH** vous propose des **garanties et des tarifs vraiment avantageux !**



LES PLUS DE VIVACTIV'ETAR BZH

- Des garanties adaptées à votre Secteur d'Activité et conformes aux nouvelles réglementations
- Des renforts au choix des familles pour des meilleurs remboursements
- Des cotisations vraiment avantageuses pour votre établissement, vos salariés et leurs familles
- Le décompte unique (part complémentaire versée en même temps que le régime obligatoire)
- Un conseiller dédié pour la mise en place de votre contrat et de sa gestion

NOTRE EXPERTISE À VOTRE SERVICE, C'EST...



VOTRE CONTRAT MUTUALIA, DE RÉELS AVANTAGES...

En souscrivant au contrat **VIVACTIV'ETAR BZH** auprès de Mutualia, vous avez la certitude de bénéficier d'une couverture santé et de tarifs avantageux.



POUR L'EMPLOYEUR

- **Avantage fiscal** : les cotisations versées par l'entreprise sont **déductibles de son résultat imposable**
- **Avantage social** : la participation de l'employeur est **exonérée de charges sociales**

- Des **garanties conformes à la réglementation** : panier de soins ANI, contrats responsables, réforme Zéro reste à charge, ...
- Une tarification adaptée aux spécificités de votre branche
- Un **interlocuteur commercial de proximité** : des rendez-vous en agence ou au sein de votre entreprise
- Des **agences** de proximité



POUR LES SALARIÉS

- La **participation de l'employeur à la cotisation** de la formule souscrite par l'entreprise d'au moins 50%
- La **part de cotisation du salarié est déductible** de son revenu imposable

- Une **solution souple et adaptée** à leurs besoins : possibilité d'étendre les garanties à la famille
- Une **prise d'effet des garanties immédiate**, sans délai d'attente
- Un accès à **Mutualia Assistance** en cas de coup dur : conseils téléphoniques et aide en cas d'hospitalisation
- Le **Tiers payant** chez de nombreux partenaires de santé pour un remboursement simplifié



Rendez-vous sur www.mutualia.fr



BON À SAVOIR

En souscrivant l'offre **VIVACTIV'ETAR BZH**, vous avez la certitude de respecter l'ensemble des nouvelles réglementations prévues par la Loi de Sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 :

- souscrire une offre « panier de soins » (frais d'optique par période de 2 ans, forfait journalier hospitalier sans limitation de durée...)
- participer à la couverture santé souscrite pour vos salariés à hauteur d'au moins 50%
- proposer des garanties répondant aux critères du contrat responsable et des nouvelles dispositions de la réforme du Zéro reste à charge.

En choisissant notre contrat santé qui respecte ces spécificités, vous bénéficiez ainsi d'une taxe réduite et d'avantages sociaux et fiscaux.

POUR BIEN PROTÉGER VOS SALARIÉS

COMPOSITION DES TARIFS

➔ **VIVACTIV'ETAR BZH c'est le choix pour le salarié :**

- Isolé : salarié
- *Duo : pour deux personnes
- *Famille : pour trois personnes ou plus
- * tarif salarié inclus



POUR L'EMPLOYEUR

- Vous prenez en charge 50% du contrat obligatoire de vos salariés (obligation réforme loi de sécurisation de l'emploi).
- Seule la cotisation afférente au contrat obligatoire du salarié sera portée sur le bulletin de paie et appelée par la MSA.



POUR LE SALARIÉ

- Il peut choisir d'étendre les garanties à ses ayants-droit.
- *La cotisation des ayants droit et des options font l'objet d'un appel de cotisations par Mutualia directement au salarié (pas de gestion par l'entreprise).

LES GARANTIES VIVACTIV'ETAR BZH...



SOINS COURANTS	Socle (R0 + Mutualia)	Socle + Option 1	Socle + Option 2
Honoraires médicaux : consultations			
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	150%	180%	220%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	130%	160%	200%
Honoraires médicaux : actes techniques			
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	180%	220%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	160%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	180%	220%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	160%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le R0 : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	150%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%
Médicaments			
- Médicaments pris en charge par le R0 (y.c vaccins)	100%	100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le R0 : patches, gommes, pastilles	100%	100%	100%
Matériel médical pris en charge par le R0 : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100%	150%	200%
Transports pris en charge par le R0	100%	100%	100%
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	255%	300%	350%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Frais de séjour	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée	40€ / jour pendant 60 jours puis 25€ / jour	55€ / jour	75€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire	20€ / jour pendant 60 jours puis 12.50€ /	27.50€ / jour	37.50€ / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant ⁽¹⁾	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Hospitalisation en cas de maternité - Dépassement d'honoraires ⁽²⁾	33.33% PMSS / an / maternité	33.33% PMSS / an / maternité	33.33% PMSS / an / maternité
OPTIQUE (4)			
Equipements 100% santé ⁽³⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres ⁽³⁾			
- Monture	ADULTE : 15€ ENFANT : 100€	100€	100€
- Verres simples	265 €	290 €	320 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe	323 €	398 €	460 €
- Verres complexes ou très complexes	430 €	580 €	600 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 200 €
Autres prestations optiques 100% santé	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres	100%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Chirurgie réfractive	-	-	300€ / an / oeil
DENTAIRE			
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾			
- Soins pris en charge par le RO	100%	100%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	125%	200%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾			
- Prothèses prises en charge par le RO	210% + 350€ / an	210% + 420€ / an	210% + 550€ / an
- Inlay core pris en charge par le RO	125%	150%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	150€	300€
Orthodontie prise en charge par le RO	250%	300%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	100€ / an	200€ / an
Parodontologie	-	80€ / an	100€ / an
AIDES AUDITIVES (5)			
Equipements 100% santé ⁽⁶⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres ⁽⁶⁾	455% (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)
CURES THERMALES			
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100%	100% + 150€ / an
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge par le RO			
- Prévention des caries pour les enfants			
- Détartrage annuel dentaire			
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants			
- Dépistage de l'hépatite B	100%	100%	100%
- Dépistage auditif			
- Ostéodensitométrie			
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO			
BIEN-ÊTRE (7)			
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, sophrologue ⁽⁸⁾	3 x 30€ / an	3 x 40€ / an	3 x 50€ / an
- Vaccins	-	20€ / an	40€ / an
- Substituts nicotiques non pris en charge par le RO, avec prescription médicale	-	30€ / an	50€ / an
ASSISTANCE ET SERVICES	Oui	Oui	Oui
TÉLÉMÉDECINE MEDAVIZ	Oui	Oui	Oui

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - FR : Frais réels - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.

(2) Prise en charge du lit et des repas pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans. Limité à 10 jours, ensuite prise en charge à hauteur de 30€ / jour.

(3) Sur présentation de justificatifs. Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat.

(5) Equipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues dans la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

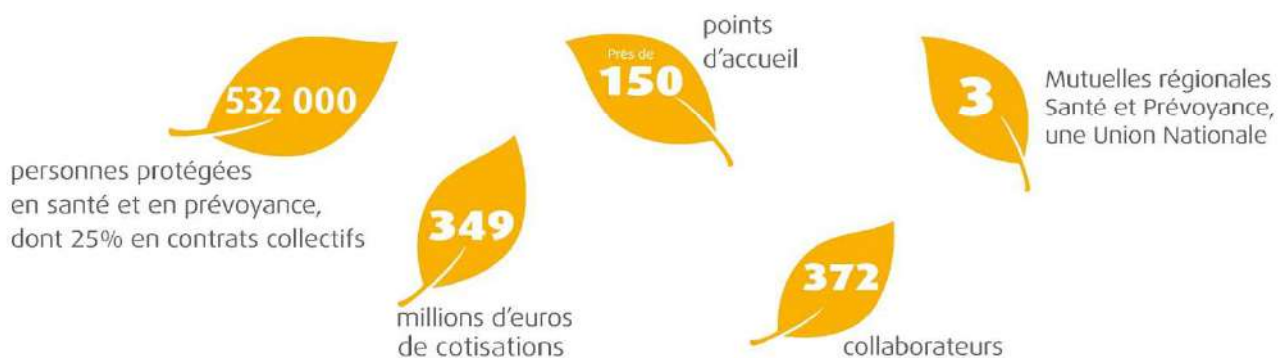
(7) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures.

(8) Inscrits au répertoire ADELI, ou amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

DEPUIS TOUJOURS, ENTRE NOUS, C'EST HUMAIN



Mutualia c'est :



Contactez votre conseillère M^{me} Florence LE VEY au 02.97.62.30.00
ou par mail : levey.florence@mutualia.fr


Entre nous, c'est humain



ENTREPRENEURS
DES TERRITOIRES
BRETAGNE



➔ COMPOSITION DE VOS TARIFS

Les cotisations du contrat **VIVACTIV'ETAR BZH** sont exprimées en % du PMSS.

- **Tarif Isolé : salarié**
- **Tarif Duo* : 2 personnes**
- **Tarif Famille* : 3 personnes ou plus**

* Tarif salarié inclus

Les tarifs des options sont appliqués individuellement. L'adhésion à une option se fait pour tous les membres de la famille.

Les cotisations des ayants-droit et des options sont à la charge du salarié et appelées directement aux familles.

COTISATIONS 2023	Socle		Option 1		Option 2	
	en % du PMSS	en €	en % du PMSS	en €	en % du PMSS	en €
Isolé	0,8549%	31,34 €				
Duo	1,6252%	59,58 €				
Famille	2,5513%	93,53 €				
Adulte			0,1511%	5,54 €	0,2821%	10,34 €
Enfant			0,0505%	1,85 €	0,1208%	4,43 €

Document non contractuel - Conception Mutualia - Tous droits réservés



Contactez votre conseillère Mme Florence LE VEY au 02.97.62.30.00
ou par mail : levey.florence@mutualia.fr



Comment accéder à votre fiche de paramétrage « Organisme Complémentaire » FPOC ?

Pour accéder à votre fiche de paramétrage :

- ① **Se connecter à votre Espace Employeur sur www.msa.fr**
en saisissant le N° SIRET de votre entreprise (identifiant) et votre mot de passe
- ② **Cliquer ensuite sur « Demander mes attestations professionnelles »**



- ③ **Cliquer sur «Demander une nouvelle attestation»**



- ④ **Cliquer sur «Fiche de paramétrage OC» puis «Valider la demande»**



Comment réaliser vos déclarations de Complémentaire Santé dans la DSN ?

- ➔ Pour réaliser vos déclarations, les Fiches de Paramétrage des Organismes Complémentaires (FPOC) sont à votre disposition avec les informations suivantes :
 - L'identification de votre organisme complémentaire et son éventuel délégataire de gestion
 - La référence du contrat complémentaire d'entreprise
 - Les taux ou montants de vos cotisations.
- ➔ Cette opération de paramétrage est indispensable chaque année :
 - Elle vous permet de mettre à jour les tarifs de cotisations dans vos DSN
 - Elle vous permet d'éviter d'éventuelles erreurs.

Le paramétrage peut être réalisé soit par votre éditeur de logiciel, soit par votre tiers-déclarant ou par vous-même.

La MSA vous accompagne

- ➔ Rendez-vous sur le site de la MSA [Rubrique Employeur / DSN](#)

Vous trouverez dans cette rubrique mise à jour régulièrement l'actualité de la DSN, et notamment des informations utiles sur les fiches de paramétrage.

Pour vous aider dans la gestion de vos procédures de déclarations, nous vous invitons à consulter les guides (comme le cahier technique DSN) disponibles dans la rubrique [« La documentation technique »](#) puis [« Consignes déclaratives »](#).

Si vous rencontrez des difficultés en lien avec la DSN, n'hésitez pas à contacter votre **correspondant DSN**, dont les coordonnées sont disponibles sur le site internet de votre MSA d'affiliation.

La qualité de vos déclarations est dépendante du bon paramétrage de votre logiciel de paie.

Attention : Vous pouvez accéder à vos FPOC via votre espace privé MSA. Si vous ne l'avez pas déjà créé veuillez contacter votre MSA.

Note d'information sur la Proratisation de la couverture santé et des cotisations



Madame, Monsieur,

Pour assurer une gestion du risque au plus juste pour l'ensemble de nos adhérents, **Mutualia Grand Ouest** vous propose, à compter du **1^{er} janvier 2018**, d'appliquer une proratisation à l'entrée et à la sortie du contrat collectif de complémentaire santé de vos salariés.

Quel est le principe de la **proratisation** sur le **contrat complémentaire santé** ?

✓ L'affiliation des salariés au contrat collectif se fait dès le premier jour de leur embauche

✓ L'appel de cotisation s'arrête dès la sortie/décès du salarié (cas des sorties/décès en cours de mois)

✓ La portabilité s'applique dès le lendemain du jour de sortie du contrat collectif

Comment **bénéficier** de cette **proratisation** ?

Lors de la **déclaration de vos effectifs via la DSN** (Déclaration Sociale Nominative) ou via le formulaire papier, les dates d'entrée et de sortie de vos salariés doivent être clairement précisées au jour près. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer.

La proratisation permet d'assurer la **cohérence de vos déclarations fiscales, sociales et de complémentaire santé**.

Restant à votre disposition pour toute question relative au fonctionnement de votre contrat collectif de complémentaire santé Mutualia Grand Ouest.

Bien cordialement,

Votre conseiller Mutualia



Entre nous, c'est humain



1^{ère} mutuelle régionale labellisée au titre de son engagement RSE