

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

LIVRET 2015



PRÉVOYANCE (Maintien de salaire)



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (Mutuelle)



PRÉVOYANCE

- Prévoyance = garantie maintien de salaire
(en cas de passage à demi traitement pour maladie)

Vous avez perçu la participation employeur en 2014 au titre de la prévoyance :

- **Si vous êtes adhérent à la MNT : pas de démarche à faire, la participation se renouvelle automatiquement**
- Si vous n'êtes pas adhérent à la MNT : envoyer une attestation d'adhésion à votre contrat labellisé pour 2015.

Vérifiez sur votre dernier bulletin de salaire de l'année, et comparez à l'exemple.

Dans l'exemple, l'agent bénéficie de la participation pour la prévoyance.

S'il n'y a aucune ligne: la participation n'a pas été demandée, donc pas versée.

SIMULATION SALAIRE RENNES METROPOLE

Période de paie

####

Le bulletin doit être conservé par le salarié

Date de virement

#####

Employeur

RENNES METROPOLE
4, avenue Henri Fréville
Siret
U.R.S.S.A.F.

DUPONT Jean

URSSAF : ILLE ET VILAINE

APE :

Adjoint administratif principal 1ère classe

Matricule :

Nb Enf (sft) : 0

Nom JF :

Numéro SS :

Grade/Emploi

Adjoint administratif principal 1ère classe

Groupe :

Echelon : 07

Brut : 479

Majoré : 416

Statut : Titulaire

Mode Paie

Libellé Banque

Banque

Guichet

Numéro de compte

Clé

Code	Date	Nature de l'élément	Nbre/Taux	Base	Retenues	Gains
		*** TEMPS PLEIN ***	100 %			
1010		Traitement de base				1926,20
3056		IEMP				88,78
4772		Part empl prévoyance				3,26
3120						
4930		SALAIRE BRUT		2018,24		
5027		RAFP Base avant plafonnement		92,04		
5026		RAFP Plafond Agent		385,24		
		*				
		*** COTIS. SALARIALES ***				
		*				
5150		RAFP Cotisations Part Sal	5,00%	92,04	4,60	
5200		CNRACL	8,76%	1926,20	168,74	
7001		C.S.G. Titulaires	2,40%	1982,92	47,59	
7032		R.D.S. Titulaires	0,50%	1982,92	9,91	
7111		CSG deductible Titul.	5,10%	1982,92	101,13	
8010		1% solidarité	1,00%	1844,90	18,45	
8052		Garantie Santé MNT			77,30	
8090		Retenue Chèques déjeuner			0,00	
8119		Garantie MNT Prévoyance			14,20	
		*				
		*** CHARGES PATRONALES***				
		*				
6050		S.S. Maladie Totalité RM	11,50%	1926,20	221,51	
6070		S.S. Alloc. Familiales RM	5,40%	1926,20	104,01	
6090		S.S. F.N.A.L. RM	0,10%	1926,20	1,93	
6132		S.S. F.N.A.L. RM Supplément	0,40%	1926,20	7,70	
6100		S.S. Transport RM	1,95%	1926,20	37,56	
6115		SS Solidarité/Autonomie RM	0,30%	1926,20	5,78	
6150		RAFP Cotisations Part pat	5,00%	92,04	4,60	
6200		CNRACL	28,85%	1926,20	555,71	
6205		CNRACL A.T.I.	0,40%	1926,20	7,70	
6890		C.N.F.P.T. RM	1,00%	1926,20	19,26	
6880		C.D.G RM	0,96%	1926,20	18,49	

Montant de la participation à la prévoyance

Libellé rubrique: si ce libellé apparaît, vous bénéficiez de la participation à la prévoyance

	Heures	Br. Fisc.	Net. Fisc.		Base SS Tot.	Ch. Salariales	Ch. Patronales
Mois	151,66	2018,24	1725,34		1926,20	441,92	984,27
Cumulé	151,66	2018,24	1725,34		1926,20	Net à Payer	1576,33

3

PRÉVOYANCE (Maintien de salaire)



Je n'ai pas demandé la participation employeur en 2014, mais je suis tout de même adhérent à un contrat labellisé. Comment avoir la participation employeur ?

Il faut faire la demande pour 2015, en envoyant le formulaire (modèle à droite), accompagné de l'attestation d'adhésion à un contrat labellisé que vous a transmis votre organisme de prévoyance (exemple MNT page suivante).

  

Formulaire de demande de participation employeur à la protection sociale complémentaire

Prévoyance (Garantie Maintien de Salaire) - Année 2014

Pas de formulaire à remplir en cas de renouvellement de demande de participation

☐ Ville de Rennes ☐ CCAS ☐ Rennes Métropole ☐ Caisse des Écoles

Nom d'usage:

Nom de naissance (Nom de jeune fille):

Prénom : Matricule :

Direction : Service :

Je sollicite le versement de la participation employeur à la protection sociale complémentaire, risque prévoyance (garantie maintien de salaire) pour l'année 2014, à compter du

J'ai choisi le contrat labellisé suivant :

Nom de l'organisme (assurance, mutuelle...) :

Intitulé du contrat :

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'attribution et en accepte les conditions.

Joindre à ce formulaire :

☒ La copie de l'attestation d'adhésion à la garantie Prévoyance labellisée pour 2014.

Fait à Rennes, le Signature :

La date de début de versement de la participation est fonction de la date de réception du dossier complet.

Exception : en cas de souscription en cours d'année d'un contrat labellisé, vous avez 6 semaines à compter de la date de début du contrat pour transmettre le dossier complet de demande de participation et recevoir la participation avec effet rétroactif à la date de début du contrat.

PRÉVOYANCE (Maintien de salaire)



Attestation d'adhésion à un contrat de
**prévoyance / garantie maintien de
salaire** labellisé

 MNT	GARANTIES LABELLISÉES MAINTIEN DE SALAIRE ET DÉCÈS PTIA
CERTIFICAT D'INSCRIPTION VALANT ATTESTATION D'ADHESION À UN CONTRAT PRÉVOYANCE LABELLISÉ	
RÉFÉRENCE DE LA GARANTIE LABELLISÉE ORGANISME ASSUREUR : La Mutuelle Nationale Territoriale DÉNOMINATION DU RÉGLEMENT LABELLISÉ : Règlement mutualiste prévoyance - Garanties maintien de salaire et décès PTIA des agents des collectivités de plus de 150 agents PRESTATAIRE LABELLISATEUR : ACTELION DATE DE DÉLIVRANCE DU LABEL : 31/08/2012	
IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ NOM & PRÉNOMS : [REDACTED] EMPLOYEUR : C05238-F0415-PS - RENNES - METROPOL DATE DE NAISSANCE : [REDACTED] ADRESSE : [REDACTED] 35 [REDACTED]	
GARANTIE(S) SOUSCRITE(S) MAINTIEN DE SALAIRE : OPTION : [REDACTED] INDÉMNISATION à hauteur de 90 % du traitement net mensuel BASE DE SOUSCRIPTION INITIALE : 1 472,40 euros DÉCÈS PTIA : Garantie Non Souscrite	
COTISATION MONTANT DE LA PREMIÈRE COTISATION ANNUELLE : 136,48 euros PÉRIODICITÉ DE PAIEMENT : MENSUELLE MONTANT DE LA COTISATION PÉRIODIQUE INITIALE : 11,34 euros	
DATE D'EFFET DE L'ADHESION : 10/2012	
LA MNT Mutuelle Nationale Territoriale SIREN n° 775 678 584 Régist. par le Livre II de Code de la Mutualité Fait à Paris Le 11 avr 2013	

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



Je ne sais pas si je bénéficie de la participation employeur en 2014, comment vérifier ?

Dans l'exemple, l'agent bénéficie de la participation à la complémentaire santé (mutuelle)

S'il n'y a aucune ligne : la participation n'a pas été demandée, donc pas versée.

SIMULATION SALAIRE RENNES METROPOLE							
Période de paie ####		Le bulletin doit être conservé par le salarié			Date de virement #####		
Employeur RENNES METROPOLE 4, avenue Henri Fréville Siret U.R.S.S.A.F.							
URSSAF : ILLE ET VILAINE		DUPONT Jean					
APE :		Adjoint administratif principal 1ère classe					
Matricule :		Nb Enf (sft) :		0			
Nom JF :							
Numéro SS :							
Grade/Emploi Adjoint administratif principal 1ère classe		Libellé rubrique: si ce libellé apparaît, vous bénéficiez de la participation à la complémentaire santé			Tranche de quotient familial dans laquelle se situe l'agent		
Groupe :							
Echelon : 07							
Brut : 479		Majoré : 416					
Statut : Titulaire							
Mode Paie	Libellé Banque	Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé		
Code	Date	Nature de l'élément	Nbre/Taux	Base	Retenues	Gains	
1010		*** TEMPS PLEIN ***	100 %				
3056		Traitement de base				1926,20	
4771		IEMP				88,78	
3120		Part empl santé	3,00			15,00	
4930		SALAIRE BRUT		2029,98			
5027		RAFP Base avant plafonnement		103,78			
5026		RAFP Plafond Agent		385,24			
		*** COTIS. SALARIALES ***					
5150		RAFP Cotisations Part Sal	5,00%	103,78	5,19		
5200		CNRACL	8,76%	1926,20	168,74		
7001		C.S.G. Titulaires	2,40%	1994,46	47,87		
7032		R.D.S. Titulaires	0,50%	1994,46	9,97		
7111		CSG deductible Titul.	5,10%	1994,46	101,72		
8010		1% solidarité	1,00%	1856,06	18,56		
8052		Garantie Santé MNT			77,30		
8090		Retenue Chèques déjeuner			0,00		
8119		Garantie MNT Prévoyance			14,20		
		*** CHARGES PATRONALES***					
6050		S.S. Maladie Totalité RM	11,50%	1926,20	221,51		
6070		S.S. Alloc. Familiales RM	5,40%	1926,20	104,01		
6090		S.S. F.N.A.L. RM	0,10%	1926,20	1,93		
6132		S.S. F.N.A.L. RM Supplément	0,40%	1926,20	7,70		
6100		S.S. Transport RM	1,95%	1926,20	37,56		
6115		SS Solidarité/Autonomie RM	0,30%	1926,20	5,78		
6150		RAFP Cotisations Part pat	5,00%	103,78	5,19		
6200		CNRACL	28,85%	1926,20	555,71		
6205		CNRACL A.T.I.	0,40%	1926,20	7,70		
6890		C.N.F.P.T. RM	1,00%	1926,20	19,26		
6880		C.D.G RM	0,96%	1926,20	18,49		
		Heures	Br. Fisc.	Net. Fisc.	Base SS Tot.	Ch. Salariales	Ch. Patronales
Mois		151,66	2029,98	1735,79	1926,20	443,54	984,85
Cumulé		151,66	2029,98	1735,79	1926,20	Net à Payer	1586,45

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



↑ J'ai déjà bénéficié de la participation employeur pour 2014, quelles démarches pour 2015?

Il est impératif de refaire un dossier complet pour 2015, car le quotient familial a pu changer.

Formulaire à transmettre, accompagné des pièces nécessaires: voir pages suivantes.







Formulaire de demande de participation employeur à la protection sociale complémentaire

Santé (Complémentaire Santé) – Année 2014

☐ Ville de Rennes
 ☐ CCAS
 ☐ Rennes Métropole
 ☐ Caisse des Écoles

Nom d'usage : Nom de naissance (Nom de jeune fille) :
 Prénom :

Matricule :
 Direction : Service :

Je sollicite le versement de la participation employeur à la protection sociale complémentaire, risque santé pour l'année 2014, à compter du

J'ai choisi le contrat labellisé suivant :

Nom de l'organisme (assurance, mutuelle...) :

Intitulé du contrat :

Situation familiale (Merci de cocher la case correspondant à votre situation) :

☐ Célibataire
 ☐ Veuf(ve)
 ☐ Divorcé(e)
 ☐ Séparé(e)
 ☐ Marié(e)

☐ Pacsé(e) ou ☐ Union libre : ☒ Joindre l'avis d'imposition du (de la) conjoint(e)

Nom, prénom et date de naissance des enfants à charge :

(au sens de la CAF : la CAF considère qu'un enfant est « à charge » si la famille assure financièrement son entretien matériel et en a la responsabilité affective et éducative, qu'il y ait ou non un lien de parenté avec l'enfant. Un enfant est à charge jusqu'à 20 ans et dans la limite où ses propres revenus n'excèdent pas 55% du SMIC).

.....

.....

Autres aides :

☐ Je ne bénéficie d'aucune autre aide à ce jour et m'engage à informer mon employeur en cas de changement.

☐ Je bénéficie de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) par la CPAM :

☒ Joindre la copie de l'attestation indiquant le montant qui m'est versé.

☐ Je suis marié(e), pacsé(e) ou en union libre avec un (une) conjoint(e) bénéficiant d'une aide de son employeur public pour la complémentaire santé (employeur autre que la Ville de Rennes, le CCAS, Rennes Métropole ou la Caisse des Écoles) :

Nom et prénom du (de la) conjoint(e) :

Employeur du (de la) conjoint(e) :

☒ Faire compléter à l'employeur public du (de la) conjoint(e) l'attestation et la joindre, si ce dernier verse une participation au titre de la complémentaire santé.

TSVP 

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



A joindre absolument au formulaire :

Attestation de labellisation 2015

Quelques exemples :

MNT Numéro du contrat : 000430374
Cotisation TTC totale sur la période du 01/01/2014 au 31/12/2014 : 860,80 €

Bénéficiaire(s)	Montant	Cotisation mensuelle TTC
[REDACTED]	[REDACTED]	71,30 €

TOTAL : 71,30 €

Attestation d'adhésion à un contrat labellisé

N.B. : Ce document n'est pas un avis d'échéance, ni dernier avis de l'objet d'un ancien précédent.

harmonie mutuelle
Pour toute correspondance:
8, BOULEVARD DE BEAUMONT
CS 51227
35012 RENNES CEDEX
Tél. : 0 980 98 98 98 (numéro non surtaxé)
Fax : 02 23 25 00 35

Monsieur [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Le 24 juin 2013

Objet : ATTESTATION

Monsieur,

Je soussigné, responsable du centre de gestion, atteste que :

- Monsieur [REDACTED] adhère(nt) à un contrat santé labellisé depuis le 01/06/2013 sous le n° 20515930.

La garantie souscrite figure sur la liste des garanties labellisées publiée par la Direction générale des Collectivités Territoriales le 31/08/2012.

Le montant total mensuel de la cotisation s'élève à 34.59 € réparti comme suit :

- [REDACTED] 34.59 €

Ce document est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Le responsable du centre de gestion
[Signature]

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



☞ Cas n°1 : vous êtes allocataire CAF et avez un quotient familial calculé par la CAF

☒ Attestation de paiement de la CAF mentionnant le quotient familial. Attention, vous devez fournir un quotient prenant en compte vos revenus 2013, et donc attendre l'actualisation CAF (intervenant en janvier 2015).

☒ ATTENDRE LE 1^{ER} FEVRIER 2015

Dossier:

- Formulaire de demande (santé)
- Attestation de labellisation 2015 (santé)
- Attestation CAF

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'ILLE-ET-VILAINE
Cours des Aïeux 35008 RENNES CEDEX 9

Votre n° d'allocataire : 1154524 J
Date [REDACTED] Madame [REDACTED]
[REDACTED]

Objet : Attestation de paiement

Le directeur de la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'ILLE-ET-VILAINE certifie que :

Mme [REDACTED] née le [REDACTED]
M. [REDACTED] né le [REDACTED]
pour les enfants [REDACTED] Date de naissance [REDACTED]
[REDACTED]
ont perçu la prestation suivante pour le mois de [REDACTED]

Mois	Nature de la prestation	Montant
[REDACTED]	Allocations familiales	128,57 €

Votre quotient familial (QF) de Janvier 2014 s'élève à 714 €.

Attestation délivrée compte tenu des informations connues à ce jour par la CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE L'ILLE-ET-VILAINE.

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



☞ **Cas n°2 : vous êtes allocataire CAF et n'avez pas de quotient familial calculé par la CAF**

Dossier:

- Formulaire de demande (santé)
- Attestation de labellisation 2015 (santé)
- Avis d'imposition 2014 sur les revenus 2013
- Attestation de paiement de prestations de la CAF

 **DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES**

AVIS D'IMPÔT 2013
IMPÔT SUR LES REVENUS
de l'année 2012

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
SIP RENNES SUD
SAID 1ER SECTEUR
2 BD MAGENTA
35044 RENNES CEDEX

eco' pli 62 SCCE G 23.08.13 C10202

2672010688 0000 1 0001

MME [REDACTED]

Vos références	Votre situation
Pour accéder à votre espace personnel Numéro fiscal : [REDACTED]	MONTANT DE VOTRE IMPÔT 0 €
Numéro de télédéclarant : voir votre déclaration Revenu fiscal de référence : [REDACTED]	Somme remboursée : 24 €
Référence de l'avis : [REDACTED] Adresse d'imposition au 01/01/2013 : [REDACTED]	
35200 RENNES Numéro FIP : [REDACTED]	
Numéro de rôle : 011 Date d'établissement : 26/07/2013	

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



☞ **Cas n°3 : vous n'êtes pas allocataire CAF et percevez des prestations d'un autre organisme (MSA, SNCF...)**

Dossier:

- Formulaire de demande (santé)
- Attestation de labellisation 2015 (santé)
- Avis d'imposition 2014 sur les revenus 2013
- Attestation de paiement de prestations de la MSA ou SNCF



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

AVIS D'IMPÔT 2013
IMPÔT SUR LES REVENUS
de l'année 2012

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
SIP RENNES SUD
SAID 1ER SECTEUR
2 BD MAGENTA
35044 RENNES CEDEX

eco' pli 62 SCCE G 23.08.13 CI0202

2672010688 0000 1 0001

Vos références

Pour accéder à votre espace personnel

Numéro fiscal : [REDACTED]

Numéro de télédeclarant : voir votre déclaration

Revenu fiscal de référence : [REDACTED]

Référence de l'avis : [REDACTED]

Adresse d'imposition au 01/01/2013 : [REDACTED]

35200 RENNES

Numéro FIP : [REDACTED]

Numéro de rôle : 011

Date d'établissement : 26/07/2013

Votre situation

MONTANT DE VOTRE IMPÔT	0 €
Somme remboursée :	24 €

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



☝ **Cas n°4 : vous n'êtes pas allocataire CAF et ne percevez aucune prestation**

Dossier:

- Formulaire de demande (santé)
- Attestation de labellisation 2015 (santé)
- Avis d'imposition 2014 sur les revenus 2013



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
REPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

AVIS D'IMPÔT 2013
IMPÔT SUR LES REVENUS
de l'année 2012

2672010688 0000

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES
SIP RENNES SUD
SAID 1ER SECTEUR
2 BD MAGENTA
35044 RENNES CEDEX

eco' pli 62 SCCE G 23.08.13 CI0202

2672010688 0000 1 0001

MME [REDACTED]

Vos références

Pour accéder à votre espace personnel

Numéro fiscal : [REDACTED]

Numéro de télédéclarant : voir votre déclaration

Revenu fiscal de référence : [REDACTED]

Référence de l'avis : [REDACTED]

Adresse d'imposition au 01/01/2013 : [REDACTED]

35200 RENNES

Numéro FIP : [REDACTED]

Numéro de rôle : 011

Date d'établissement : 26/07/2013

Votre situation

MONTANT DE VOTRE IMPÔT	0 €
Somme remboursée :	24 €

COMPLÉMENTAIRE SANTE (Mutuelle)



☞ **Cas n°5 : vous ne souhaitez pas fournir d'éléments relatifs à votre quotient familial**

Vous percevrez donc le montant de participation correspondant à la tranche 6 (équivalent à 5€).

Dossier:

- Formulaire de demande (santé)
- Attestation de labellisation 2015 (santé)

Joindre à ce formulaire :

☒ La copie de l'attestation d'adhésion pour 2014 (ou copie de la carte d'adhésion si la notion de contrat labellisé y figure).

Pour le calcul du quotient familial (cocher la case correspondant à votre situation) :

☐ Cas n°1 : vous êtes allocataire CAF et avez un quotient familial calculé par la CAF

☒ Attestation de paiement de la CAF mentionnant le quotient familial. **Attention, vous devez fournir un quotient prenant en compte vos revenus 2012, et donc attendre l'actualisation CAF (intervenant en janvier 2014).**

☐ Cas n°2 : vous êtes allocataire CAF et n'avez pas de quotient familial calculé par la CAF

☒ Copie de l'avis d'imposition 2013 (revenus 2012) et dernière attestation de paiement de la CAF

☐ Cas n°3 : vous n'êtes pas allocataire CAF et percevez des prestations d'un autre organisme (MSA, SNCF...)

☒ Copie de l'avis d'imposition 2013 (revenus 2012) et dernière attestation de paiement de l'organisme versant les prestations

☐ Cas n°4 : vous n'êtes pas allocataire CAF et ne percevez aucune prestation

☒ Copie de l'avis d'imposition 2013 (revenus 2012)

☒ **Cas n°5 : vous ne souhaitez pas fournir d'éléments relatifs à votre quotient familial ; vous percevez donc le montant de participation correspondant à la tranche 6 (équivalent à 5€).**

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'attribution et en accepter les conditions.

Fait à Rennes, le

Signature :

La date de début de versement de la participation est fonction de la date de réception du dossier complet.

Nota: en cas de souscription en cours d'année d'un contrat labellisé, vous avez 6 semaines à compter de la date de début du contrat pour transmettre le dossier complet de demande de participation et recevoir la participation avec effet rétroactif à la date de début du contrat.

Attestation employeur public du conjoint

Protection Sociale complémentaire- Année 2014

Retourner cette attestation uniquement si l'employeur public de votre conjoint verse une participation à la complémentaire santé (contrat labellisé)

Nom de l'employeur public du conjoint :

Représenté par :

Atteste employer M (nom, prénom)

en qualité de (grade et le statut).....

Et verser une participation au titre de la complémentaire santé sur un contrat labellisé. Le montant mensuel de cette participation s'élève à€.

Date :

Cachet et signature

DÉLAIS

- Pour obtenir le versement rétroactif au 1er janvier 2015 :
 - Dossier reçu **COMPLET** à la DGRH service Paies - Situations administratives au plus tard le **15 février 2015**.
 - Au-delà : versement à compter du 1^{er} jour du mois suivant la réception du dossier complet
 - Un dossier incomplet ne sera renvoyé qu'une seule fois pour complément

CONTACT

- DGRH service PSA : 11 rue Kléber
- Ligne dédiée : 35 1500
- Boite email dédiée :
rh-psc@agglo-rennesmetropole.fr