

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIF AU RÉGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ »

Modèle à adapter en fonction de chaque cas particulier. Il convient de recueillir les informations et conseils nécessaires (auprès de l'organisme assureur notamment) avant la mise en place du régime

Les partenaires sociaux territoriaux de la branche ont négocié un produit d'assurance : « régime branche territorial », permettant de respecter les exigences conventionnelles résultant de l'Accord autonome territorial du 29 août 2022 relatif à la protection sociale complémentaire, lui-même conforme aux nouvelles dispositions conventionnelles nationales de la CCN du 7 février 2022.

A défaut d'adhésion au régime branche, les entreprises doivent disposer d'un régime propre, conforme à l'Accord autonome territorial du 29 août 2022, assurant des garanties au moins équivalentes au sens de l'article L. 2253-1 du code du travail. Elles doivent alors établir un acte juridique interne (accord ou DU) conforme aux exigences réglementaires et dispositions conventionnelles.

- ➔ **Lettre à remettre à chaque salarié** en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale : le n° 590 du BOSS prévoit que l'employeur doit remettre ou transmettre par voie électronique à chaque salarié un écrit notifiant la décision unilatérale et doit pouvoir justifier de la remise de cet écrit ou de sa transmission par voie électronique. Le n° 620 du BOSS ajoute qu'en cas de contrôle « L'employeur doit :
- Produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la décision unilatérale ;
 - Justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la modalité de remise de cet écrit aux salariés (document joint au bulletin de paie, remise en mains propres, envoi par courrier, transmission par courriel avec accusé de réception...).

Nos modèles et exemples ont pour vocation de faciliter la création et l'adaptation de documents contractuels ou de GRH. Ils doivent nécessairement être ajustés aux besoins et au contexte spécifique de l'entreprise. Ils n'ont pas de valeur contractuelle et ne sauraient engager à eux-seuls la responsabilité de l'Udimec.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

PREAMBULE

[Première mise en place ou évolution d'un régime déjà existant]

En application de l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale, la société [.....] représentée par [.....], agissant en qualité de [.....], dont le siège social est situé [.....], a décidé de :

Mettre en place au sein de l'entreprise un régime collectif et obligatoire de prévoyance complémentaire garantissant le remboursement des frais de santé.

OU

Mettre en conformité le régime collectif et obligatoire de prévoyance complémentaire garantissant le remboursement des frais de santé dont les salariés bénéficient depuis le [.....]. Compte tenu de [.....].

REMARQUE

Ce préambule est à adapter au regard du contexte économique et social de l'entreprise. Par exemple, pour l'entrée en vigueur d'une loi, d'un décret, lors de modifications des garanties par l'entreprise... / suite à la conclusion de l'Accord autonome territorial métallurgie du 29 août 2022 relatif à la protection sociale complémentaire...

1. OBJET

La présente décision unilatérale a pour objet d'organiser l'adhésion des salariés (visés à l'article 2) au contrat collectif d'assurance souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur habilité, sur la base des garanties définies dans ledit contrat d'assurance.

[En cas de mention de l'organisme assureur dans la DUE : insérer la clause suivante] « Ce contrat collectif d'assurance est souscrit auprès de Le choix de cet organisme devra être réexaminé dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans ([article L.912-2 du Code de la sécurité sociale](#)). Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la révision ou la résiliation du contrat d'assurance. »

ATTENTION

La mention de l'organisme assureur n'est pas obligatoire !

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

2. BENEFICIAIRES

2.1 Salariés

2.1.1 Caractère collectif du régime

Le présent régime bénéficie à tous les salariés de l'entreprise [ou préciser la catégorie objective retenue] sans condition d'ancienneté.

ATTENTION

En raison de la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises depuis le 1^{er} janvier 2016, la totalité de la population salariale doit être couverte par un régime complémentaire de remboursement de frais de santé. En conséquence, une entreprise ne peut se borner à couvrir qu'une catégorie objective, dont serait exclue une partie des salariés.

En cas de mise en place de régimes différenciés pour des catégories de salariés, il conviendra d'apporter une attention particulière à la définition des catégories objectives et veiller à ce que celles-ci se « répondent ».

En application du décret n°2021-1002 du 30 juillet 2021, les références à la Convention collective de 1947 et à l'ANI de 1961 ont été supprimées des articles R.242-1-1, R.242-1-2 du code de la Sécurité sociale et remplacées par des références à l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. La définition des catégories cadres/non cadres se fera désormais tel qu'il suit :

⇒ Exemple : « cadres » au sens des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres/ « non cadres » à l'exclusion des articles 2.2. de l'ANI du 17 novembre 2017.

Le décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Sous réserves qu'aucune modification des accords conventions ou décisions unilatérales de l'employeur relative à la catégorie des bénéficiaires des garanties n'intervienne avant cette date, les contributions patronales qui bénéficient au 1^{er} janvier 2022 des exonérations de cotisations de sécurité sociale continuent d'y être éligible jusqu' au 31 décembre 2024.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

ATTENTION

L'entrée en vigueur du dispositif conventionnel de protection sociale complémentaire de la Métallurgie, à compter du 1^{er} janvier 2023 entraîne la « modification des accords, conventions ou DUE de l'employeur relatives à la catégorie des bénéficiaires » de sorte que les catégories de bénéficiaires doivent être redéfinies conformément à l'article 5 de l'Accord autonome territorial du 29 août 2022.

L'article 5 de l'Accord autonome territorial du 29 août 2022 définit les « Catégories objectives » comme suit :

« Les cadres sont les salariés définis par référence aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Les non-cadres sont les salariés non définis aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017. Ces catégories sont identifiées ci-après.

Il est rappelé que les entreprises ont la faculté d'intégrer dans la catégorie des cadres, les salariés non- cadres relevant des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947, tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, catégorie agréée par l'APEC.

Catégories d'emplois concernées, à compter du 1er janvier 2024 :

L'identification des catégories d'emplois pour le bénéfice des dispositions spécifiques en matière de protection sociale complémentaire du présent accord, à compter du 1er janvier 2024, est définie à l'article 62.3 de la nouvelle CCN de la métallurgie en date du 7 février 2022, prenant en compte la nouvelle classification conventionnelle prévue par la CCN, comme suit :

- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017, sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins F11 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (assimilés-cadres), sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins E9 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, sont visés les salariés relevant des emplois classés au moins C6.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Catégories d'emplois concernées, pour l'année civile 2023 :

Par dérogation pour l'année 2023, compte-tenu de la date d'entrée en vigueur postérieure de la nouvelle CCN de la métallurgie, les catégories d'emplois pour le bénéfice des dispositions spécifiques en matière de protection sociale complémentaire du présent accord, sont les suivantes :

- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.1 de l'ANI du 17 novembre 2017, sont visés les salariés relevant de la catégorie des ingénieurs et cadres, telle que définie aux articles 1er, 21 et 22 de la CCN des ingénieurs et cadres de la métallurgie du 13 mars 1972, telle qu'en vigueur au 1er janvier 2023 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 (assimilés-cadres), sont visés les salariés dont l'emploi est classé au moins au 2ème échelon du niveau V de la classification définie par l'Accord national du 21 juillet 1975 sur la classification et la Convention collective territoriale, tels qu'en vigueur au 1er janvier 2023 ;
- pour l'application des dispositions conventionnelles de l'article 36 de l'annexe I à la Convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 tel qu'il était en vigueur au 31 décembre 2018, sont visés les salariés dont l'emploi est classé au moins au 2ème échelon du niveau III et, au plus, au 1er échelon du niveau V de la classification définie par l'Accord national du 21 juillet 1975 sur la classification et la Convention collective territoriale, tels qu'en vigueur au 1er janvier 2023. »

ATTENTION

Il n'est plus possible de prévoir une condition d'ancienneté, depuis l'entrée en vigueur de l'obligation de généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés au 1^{er} janvier 2016.

Le chapitre V du BOSS n° 1250 précise que « L'accès aux garanties (obligation de cotiser et accès aux prestations) peut être réservé aux salariés ayant plus de douze mois d'ancienneté pour les prestations de retraite supplémentaire et les prestations destinées à couvrir des risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès (ainsi que pour les garanties dépendance), et aux salariés de plus de six mois d'ancienneté pour les autres prestations, sous réserve des dispositions légales applicables. **Ainsi, s'agissant des dispositifs de remboursement de frais de soins de santé, aucune condition d'ancienneté ne peut être appliquée.** »

De plus, l'article 11.1 de l'Accord autonome territorial du 29 août prévoit : « Le présent accord, relatif aux garanties de frais de soins de santé, bénéficie à tous les salariés des entreprises tels que définis à l'article 5, entrant dans le champ d'application défini à l'article 2, **sans condition d'ancienneté.** »

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Toutefois, les salariés pouvant justifier d'un cas de dispense, conformément à l'article 11.3 ci-après, peuvent être dispensés, à leur demande, d'adhésion au contrat collectif. »

⇒ **A compter du 1^{er} janvier 2023, aucune condition d'ancienneté ne peut être prévue en frais de santé.**

2.1.2 Cas des salariés en suspension du contrat de travail

2.1.2. a) Suspensions du contrat de travail indemnisée

1- Cas visés

Sont notamment concernées les périodes de suspension du contrat de travail liées à une maladie, une maternité ou un accident ainsi que les périodes d'activité partielle et d'activité partielle de longue durée dès lors qu'elles sont indemnisées.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien, total ou partiel de salaire,
- Soit d'indemnités journalières complémentaires,
- Soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (congé de reclassement et de mobilité etc...).

REMARQUE

L'Instruction DSS n° DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021, (reprise dans le BOSS Chapitre 6 Appréciation du caractère collectif et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail n°1440 à 1460) prévoit **une obligation de maintien des garanties de protection sociale (hors prestations de retraites supplémentaire) en cas de suspension indemnisée du contrat de travail**. Concernant le financement de ce maintien le caractère collectif du régime ne sera reconnu que si la contribution de l'employeur, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnes dont relève le salarié, est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée **(sauf s'il est prévu un maintien de la garantie à titre gratuit)**.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Le salarié dont le contrat de travail est suspendu doit acquitter la part salariale de la contribution, calculée selon les règles prévues par le régime (**sauf si la garantie est maintenue à titre gratuit**).

Toutefois, l'application d'une répartition du financement des garanties plus favorable pour les seuls salariés dont le contrat est suspendu ne remet pas en cause le caractère collectif et obligatoire de ces garanties.

Exemple de répartition de la cotisation globale employeur/salarié différenciées :

- Pour les salariés dont le contrat est suspendu et indemnisé : 70/30,
- Pour les salariés en activité : 50/50.

2- Assiette des contributions en cas de suspension indemnisée du contrat de travail.

En cas de suspension indemnisée du contrat de travail, l'assiette de calcul des contributions à retenir est celle :

- Du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension indemnisée du contrat de travail (**indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur**).

OU

- De la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale sur la base de la moyenne des 12 derniers mois précédant l'évènement.

REMARQUE

L'Assiette des contributions : En l'absence de précisions dans la DUE, l'assiette à retenir pour le calcul des contributions et des prestations est celle du montant de l'indemnisation versée dans le cadre de la suspension du contrat (**indemnisation légale, le cas échéant complétée d'une indemnisation complémentaire ou conventionnelle versée par l'employeur**). La DUE peut néanmoins prévoir le maintien des assiettes de contributions et de prestations applicables antérieurement à la suspension du contrat de travail dès lors qu'elles permettent d'assurer un niveau de prestations plus élevé, ou que les contributions et prestations sont assises sur une reconstitution de la rémunération mensuelle des salariés soumise à cotisations de sécurité sociale (**moyenne des 12 derniers mois**). Cette modulation des assiettes peut ne concerner que certaines des garanties du régime de protection sociale complémentaire.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Exemple d'assiettes de cotisations différenciées :

- Assiette des cotisations du régime frais de santé = indemnité légale d'activité partielle.
- Assiette des cotisations et prestations du régime prévoyance (**incapacité, invalidité, décès**) = moyenne de la rémunération des 12 derniers mois précédant l'évènement.

Si l'assiette de cotisation du régime frais de santé est forfaitaire (**ex : en pourcentage du PMSS ou en euros**), il n'est pas nécessaire de prévoir l'assiette des contributions en cas de suspension indemnisée du contrat de travail. Toutefois si l'assiette de cotisation est déterminée en pourcentage de la rémunération (**% T1-T2**) il convient de préciser l'assiette de cotisation en cas de suspension indemnisée du contrat de travail.

ATTENTION

⇒ La date limite de mise en conformité des DUE, sur ce point, est reportée au 1^{er} janvier 2023 cf. BOSS n° 1430.

2.1.2.b) Suspensions du contrat de travail non indemnisée : obligation de maintien conventionnel

Conformément aux dispositions de l'article 11.2 de l'Accord autonome territorial du 29 août 2022, pendant la période de suspension du contrat de travail non indemnisée, le bénéfice des garanties frais de santé est suspendu notamment en cas de :

- congé sabbatique visé aux articles L. 3142-28 et suivants du Code du travail ;
- congé parental d'éducation total, visé aux articles L. 1225-47 et suivants du Code du travail ;
- congé pour création d'entreprise visé aux articles L. 3142-105 et suivants du Code du travail ;
- congé sans solde, tel que convenu après accord entre l'employeur et le salarié.

Toutefois, pendant le mois au cours duquel intervient cette suspension et le mois civil suivant, le bénéfice des garanties est maintenu, dès lors qu'il y aura eu paiement de la cotisation pour le mois en cours. De fait, aucune cotisation n'est due pour le mois civil suivant.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Les salariés susmentionnés peuvent également demander à rester affiliés au contrat collectif d'assurance, au-delà de la période de suspension visée à l'alinéa précédent, sous réserve de s'acquitter intégralement de la cotisation afférente, à savoir la part salariale et la part patronale de ladite cotisation. Dans ce cas, l'organisme assureur prélève la cotisation directement auprès du salarié qui bénéficiera d'un maintien des garanties, ci-après définies, tant qu'il s'acquittera de la cotisation afférente pendant toute la période de suspension de son contrat de travail.

REMARQUE

L'employeur peut prévoir des dispositions plus favorables et décider de maintenir et de financer les garanties, frais de santé des salariés, en cas de suspension non-indemnisée du contrat de travail, au-delà de la période de maintien conventionnel précité. Dans cette situation, il y a lieu de reconstituer une rémunération, de plus il conviendra de réadapter le paragraphe précédent.

2.1.2.c) Suspensions du contrat de travail non indemnisée : postérieur à l'obligation de maintien conventionnel

- **Salariés absents en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident**

Le présent régime **est/n'est pas [choisir l'un des deux]** maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident n'est pas indemnisée.

REMARQUE

L'employeur n'est pas tenu de maintenir les garanties de frais de santé aux salariés dont la suspension du contrat de travail est non indemnisée en raison d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident. Néanmoins, l'employeur peut prévoir des dispositions plus favorables et prendre en charge la part patronale de la cotisation pendant la période de suspension non indemnisée. Le bénéfice de l'exclusion d'assiette ne peut pas être remis en cause au motif que le dispositif n'organiserait pas le maintien des garanties au profit de ces salariés.

- **Salariés absents pour des raisons autres que médicales**

Le présent régime **est/n'est pas [choisir l'un des deux]** maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour des raisons autres que médicales (**ex : congé sans solde, congé parental...**).

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

REMARQUE

L'employeur n'est pas tenu de maintenir les garanties de frais de santé aux salariés absents pour des raisons autres que médicales. Le bénéfice de l'exclusion d'assiette ne peut pas être remis en cause au motif que le dispositif n'organiserait pas le maintien des garanties au profit des salariés absents pour des raisons autres que médicales.

2.1.2.d) Maintien des garanties pour les salariés en périodes de réserves policières ou militaires.

Le présent régime est maintenu, à titre obligatoire, en cas de suspension du contrat de travail pour effectuer une période de réserve militaire ou policière.

La contribution employeur sera maintenue dans les mêmes conditions que les salariés en activité. Le salarié devra quant à lui continuer de s'acquitter de la cotisation salariale.

2.2 Ayant-droit

Les ayants droit des salariés visés à l'article 2.1 sont affiliés [à titre obligatoire/à titre facultatif] [choix] au présent régime.

REMARQUES

Si l'adhésion des ayants droit est facultative, la participation patronale finançant leur couverture sera assujettie à cotisations et contributions sociales.

Si les ayants droit sont couverts à titre facultatifs et que l'employeur participe au financement de leur garanties la contribution patronale afférente devra être réintégré dans l'assiette des cotisations.

2.3 Portabilité

L'adhésion est maintenue au profit des anciens salariés dans le cadre du dispositif de « portabilité ». En cas de rupture du contrat de travail d'un salarié (sauf licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, l'ancien salarié bénéficie, temporairement (maximum 12 mois), du maintien de son affiliation au régime de remboursement de frais médicaux de l'entreprise. Le droit à portabilité est conditionné au respect de l'ensemble des conditions fixées par l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, et sera mis en œuvre dans les conditions déterminées par cette disposition.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

3. CARACTERE OBLIGATOIRE DE L'ADHESION

Les salariés sont tenus d'adhérer au présent régime à titre obligatoire.

RECOMMANDATION

En cas de mise en place d'une couverture des ayants droit à titre obligatoire, il faut le préciser dans la DUE.

⇒ Cet article devra être adapté en fonction de la structure de cotisations choisie par l'entreprise (ex : isolé, isolé/duo/famille, isolé/famille).

4. DISPENSES D'AFFILIATION

ATTENTION

Depuis la LFSS pour 2016 (article 34 et décret d'application du 30 décembre 2015), un certain nombre de cas de dispenses d'affiliation s'appliquent désormais « de droit », même si l'acte juridique ne les prévoit pas expressément / d'autres cas de dispenses doivent, en revanche, être expressément prévus par l'acte juridique pour s'appliquer (il n'est pas obligatoire de les prévoir). Pour une bonne information des entreprises et des salariés, l'ensemble des cas de dispenses est repris dans le cadre du présent modèle, qu'ils soient ou non applicables « de droit ».

4.1 Dispenses d'affiliation pouvant être formalisées dans l'acte de droit du travail

- **Dispenses pour les apprentis, salariés en CDD ou en temps partiel (article R.242-1-6, 2° a), b), c) du Code de la Sécurité sociale)**

REMARQUE

Ces dispenses ne sont pas applicables « de droit » : il faut donc les prévoir impérativement dans l'acte juridique si l'entreprise souhaite les appliquer (Cf. article D. 911-4 du Code de la sécurité sociale). Toutefois, il n'est nullement obligatoire de les prévoir. À défaut d'inscription dans l'acte juridique, l'entreprise encourt un risque de redressement Urssaf si elle a autorisé son salarié à se dispenser sur ce fondement. Pour rappel, si ces cas de dispenses sont formalisés ils peuvent être invoqué à tout moment.

- a. les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée (ou d'un contrat de mission) d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs en matière de remboursement de frais médicaux conformément à l'article R. 242-1-6, 2, a, du Code de la sécurité sociale ;

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

- b. les salariés et les apprentis bénéficiaires d'un contrat de travail à durée déterminée (ou d'un contrat de mission) d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, b, du Code de la sécurité sociale ;
 - c. les salariés à temps partiel et les 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, conformément à l'article R. 242-1-6, 2°, c, du Code de la sécurité sociale.
- **Modalités de mise en œuvre des dispenses prises en application de l'article R.242-1-6 du Code de la sécurité sociale**

Les cas de dispenses susvisés peuvent être invoqué à tout moment.

La demande de dispense est à l'initiative du salarié qui doit, s'il souhaite en bénéficier, déclarer par écrit à l'employeur :

- le cadre dans lequel cette dispense est formulée,
- la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense,
- ou le cas échéant la date de la fin de ce droit, s'il est borné.

Cette déclaration du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur, à remettre à l'employeur.

REMARQUE

Extrait du BOSS Chapitre IV n° 920 à 940

« Pour être admises, les dispenses d'adhésion doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite de sa part, traduisant un consentement libre et éclairé. Quel que soit le motif de dispense, **cette demande du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur qu'il remet à son employeur**. Le salarié doit désigner dans sa déclaration l'organisme assureur lui permettant de solliciter la dispense ou la date de fin de droit. **La déclaration doit également préciser les garanties auxquelles il renonce et comporter la mention selon laquelle il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.**

Le salarié est tenu d'informer son employeur de tout changement de situation et ayant un impact sur cette dispense ; par exemple, qu'il est désormais couvert par un autre contrat en tant qu'ayant droit ou au titre d'un autre emploi.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

En cas de contrôle, l'employeur doit être en mesure de présenter la dispense des salariés concernés pour justifier de la non-adhésion des salariés aux garanties proposées ».

4.2 Dispenses « de droit » qui n'ont pas à être formalisées par l'acte de droit du travail

- **Dispenses pour les salariés présent dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime par DUE (article 11 de la loi EVIN)**

Les salariés présents dans l'entreprise avant la mise en place du présent régime par décision unilatérale de l'employeur, soit au ... [préciser la date], ont la faculté, s'ils le souhaitent, de refuser d'y adhérer.

Ces salariés devront formuler par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime, dans un délai de [...] jours à compter de la date de mise en place du régime, par retour de l'attestation jointe à la présente [ou toute autre modalité]. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime.

En tout état de cause, les salariés ayant refusé d'adhérer dans les conditions susvisées pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter auprès de l'entreprise leur adhésion au présent régime.

En revanche, tout salarié embauché postérieurement à la mise en place du régime devra obligatoirement y adhérer, sauf à se prévaloir de l'un des cas de dispenses de droit visés ci-dessous.

REMARQUE

Cette dispense est susceptible d'être prévue **lorsque le régime est financé pour partie par les salariés** : il s'agit d'une dispense applicable « de droit » aux salariés (article 11 de la loi Evin du 31/12/1989). Cette dispense s'applique donc même si la DUE ne la prévoit pas expressément (il est, toutefois, conseillé de l'inscrire, à titre purement informatif).

Lorsque le régime institué est financé intégralement par l'employeur : la dispense doit être expressément inscrite dans la DUE pour s'appliquer (article R.242-1-6 1° du Code de la sécurité sociale). À défaut, il existe un risque de redressement URSSAF. Mais il n'est pas obligatoire de prévoir cette dispense, qui peut donc être retirée du présent modèle si l'entreprise le souhaite.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

- **Les salariés suivants peuvent également refuser d'adhérer, en application des articles L. 911-7-III et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale (dispenses de droit) :**

ATTENTION

Ces dispenses sont applicables « de droit », ce qui signifie que les salariés peuvent s'en prévaloir directement, même si la DUE ne les mentionne pas expressément, en vertu des articles L. 911-7-III al. 2 et 3, et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Pour une bonne information des salariés, il peut être opportun de mentionner ces possibilités de dispenses dans l'acte juridique (**ce qui est le cas dans la version 1 de rédaction du présent article**).

Mais les entreprises qui le souhaitent peuvent aussi décider de ne pas mentionner ces dispenses dans l'acte juridique (**ou encore d'opérer par simple renvoi aux articles susvisés tel que cela est fait dans la version 2 de rédaction du présent article**).

[Il convient de choisir l'une des deux propositions de rédactions déclinées ci-dessous. Soit la Version 1 (déclinaison complète des cas de dispenses d'affiliation de droit), soit la Version 2 (renvoi aux textes relatifs aux dispenses d'affiliation de droit)]

VERSION 1 (déclinaison complète)

- d. les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale, « ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L.863-1 ». La dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- e. les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, cette dispense ne pouvant jouer que jusqu'à l'échéance de ce contrat individuel ;
- f. les salariés qui bénéficient pour les mêmes risques, même en tant qu'ayants droit, du fait d'un autre emploi, d'une couverture collective relevant de l'un ou l'autre des dispositifs suivants :

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

- dispositif de garanties remplissant les conditions du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale (**régime complémentaire santé collectif et obligatoire**) ; [par exemple : salarié multi employeur couvert par un autre régime collectif obligatoire, ou encore couverture du salarié en tant qu'ayant-droit par le régime de son conjoint, **sous réserve dans ce cas du caractère obligatoire de l'adhésion des ayants droit dans le régime du conjoint**] ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle ;
- dispositif de garanties prévu 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, ou 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 ;
- régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du Code de la sécurité sociale ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (**CAMIEG**) en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946.

À NOTER

Les régimes ENIM et SNCF ne sont pas prévus par le Code de la sécurité sociale mais mentionnés dans la circulaire du 25 septembre 2013. Le fait de bénéficier de l'un de deux régimes précités ne constitue pas un cas de dispense de plein droit. Pour être invoqué par un salarié, ils doivent être expressément prévus par l'acte juridique instituant le régime de prévoyance –santé.

- **Modalités de mise en œuvre des dispenses prises en application des articles L. 911-7-III et D. 911-5 du Code de la sécurité sociale :**

Les demandes de dispense susvisées doivent être formulées :

- au moment de l'embauche,
- ou, si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties
- ou la date à laquelle prennent effet les couvertures mentionnées aux e et g ci-dessus.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

La demande de dispense est à l'initiative du salarié qui doit, s'il souhaite en bénéficier, déclarer par écrit à l'employeur :

- le cadre dans lequel cette dispense est formulée,
- la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense,
- ou le cas échéant la date de la fin de ce droit, s'il est borné.

Cette déclaration du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur, à remettre à l'employeur.

REMARQUE

Extrait du BOSS Chapitre IV n°920 à 940

« Pour être admises, les dispenses d'adhésion doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite de sa part, traduisant un consentement libre et éclairé. Quel que soit le motif de dispense, **cette demande du salarié prend la forme d'une déclaration sur l'honneur qu'il remet à son employeur**. Le salarié doit désigner dans sa déclaration l'organisme assureur lui permettant de solliciter la dispense ou la date de fin de droit. **La déclaration doit également préciser les garanties auxquelles il renonce et comporter la mention selon laquelle il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix**.

Le salarié est tenu d'informer son employeur de tout changement de situation et ayant un impact sur cette dispense ; par exemple, qu'il est désormais couvert par un autre contrat en tant qu'ayant droit ou au titre d'un autre emploi.

En cas de contrôle, l'employeur doit être en mesure de présenter la dispense des salariés concernés pour justifier de la non-adhésion des salariés aux garanties proposées ».

VERSION 2 (renvoi aux textes)

A leur initiative, les salariés peuvent se dispenser d'adhérer au régime s'ils respectent les conditions prévues aux articles 11 de la loi Evin du 31 décembre 1989, L.911-7 III alinéa 2 et 3 et D. 911-2 du Code de la sécurité sociale.

Ces demandes de dispense doivent être formulées par écrit dans les délais prévus à l'article D. 911-5 du Code de la sécurité sociale et être accompagnées, le cas échéant, de tous justificatifs nécessaires.

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

4.3 Cas particulier des salariés en couple dans l'entreprise

ATTENTION

Cette clause peut être prévue dès lors que le régime prévoit une couverture des conjoints (**concubins, pacsés**) en tant qu'ayants droit, à titre obligatoire ou à titre facultatif (**cf. BOSS Chapitre IV n° 780**).

Dans les deux cas ci-dessous, les contributions versées par l'employeur pour le couple ou pour chacun des membres du couple, bénéficient de l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale et le caractère obligatoire du régime n'est pas remis en cause. (**cf. BOSS Chapitre IV n° 780 et suivants**).

[Clause à insérer lorsque la couverture des conjoints en tant qu'ayants droit est obligatoire

:] Dans la mesure où le régime couvre à titre obligatoire les ayants droit du salarié, tels que définis par le contrat d'assurance, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

[Clause à insérer lorsque la couverture des conjoints en tant qu'ayants droit est facultative

:] Dans la mesure où les salariés ont la faculté, s'ils le souhaitent, d'étendre à leurs ayants droit, tels que définis par le contrat d'assurance, le bénéfice de la couverture dont ils bénéficient au titre du présent régime obligatoire, les deux membres du couple ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

RECOMMANDATION

Toute autre règle peut être prévue, celle-ci laissant finalement le choix aux salariés de décider sur qui pèsera la cotisation.

[Clause à insérer dans tous les cas :]

Afin qu'une telle dérogation soit mise en œuvre, les salariés en couple devront en formuler la demande expresse et par écrit auprès de l'employeur, et indiquer à cette occasion quel membre du couple se verra précompter la cotisation au financement du régime.

4.4 Cas particulier des ayants droit des salariés déjà couverts par ailleurs

[Clause à insérer uniquement en présence d'un régime qui couvre les ayants droit des salariés à titre obligatoire. En l'absence de couverture des ayants droit ou en présence d'une couverture facultative des ayants droit, cette clause doit être retirée.]

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Le présent régime couvre les ayants droit des salariés à titre obligatoire.

Toutefois, conformément à l'article D. 911-3 du code de la sécurité sociale, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture des ayants droit, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies par un arrêté du 26 mars 2012 (à savoir par l'un des dispositifs visés au point « g » de l'article 4.2 ci-avant de la présente DUE [Parenthèse à ne maintenir qu'en cas de choix de la version 1 de l'article 4.2. En cas de choix de la version 2, la supprimer]).

4.5 Versement santé

Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission, dont la durée de couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois, peuvent se dispenser, à leur initiative, d'adhérer au contrat collectif, dans les conditions fixées à l'article L. 911-7, III, du Code de la sécurité sociale, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L.871-1 du même Code (**contrat responsable**).

Sous réserve de respecter les conditions précitées, les salariés susvisés peuvent obtenir, de la part de leur employeur, un financement dit « versement santé », afin de participer à la prise en charge de la couverture santé individuelle responsable qu'ils auront souscrite par ailleurs.

Le versement se substitue ainsi à la participation patronale versée dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, ainsi qu'à la portabilité. Les modalités de calcul de ce versement sont fixées à l'article D. 911-8 du Code de la sécurité sociale.

Ce versement santé n'est pas cumulable avec le bénéfice de la couverture santé solidaire, le bénéfice d'une couverture collective et obligatoire, y compris en tant qu'ayant droit, ou d'une couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'un employeur du secteur public. »

POUR MEMOIRE

Le montant du versement santé est calculé mensuellement en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient correspondant au dispositif de portabilité des droits prévu à l'article L.911-8 CSS.

Versement santé = montant de référence x coefficient

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

Le versement santé se substitue à la participation patronale versée dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire, ainsi qu'à la portabilité des droits.

Le montant de référence correspond à la contribution que l'employeur aurait versée si le salarié avait adhéré au régime. En l'absence de montant applicable au financement, le montant de référence est fixé par décret. Le coefficient mentionné ci-dessus est de 105 % pour les salariés en CDI et de 125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission (**article D.911-8 CSS ; cf BOSS Chapitre IV Caractère obligatoire des garanties mise en place n° 850**)

5. COTISATIONS

RECOMMANDATION

Cette clause a pour objet de définir la structure de cotisations du régime (isolé, famille...), le montant et l'assiette des cotisations, ainsi que leur répartition entre l'employeur et les salariés.

Compte tenu de la variété des situations susceptibles de se présenter en fonction des différents choix arrêtés d'une entreprise à une autre, **il conviendra nécessairement d'adapter la clause à chaque cas particulier.**

[Exemple de clause – à adapter selon les spécificités de chaque régime]

« Le présent régime de remboursement de frais de santé a pour objet de couvrir les salariés de l'entreprise à titre obligatoire » **OU** « Le présent régime de remboursement de frais de santé revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et le cas échéant leurs ayants droit (**enfants et/ou conjoint**) tels que définis par le contrat d'assurance ».

Les cotisations servant au financement du régime s'élèvent à un montant correspondant à « ...% du plafond de la Sécurité sociale », **[OU, en cas de cotisations exprimées en euros]** : « ... euros par mois et par salarié ».

Les cotisations ci-dessus définies seront prises en charge par l'entreprise et par les salariés dans les conditions suivantes :

RECOMMANDATION

L'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale impose à l'employeur de prendre en charge au moins la moitié du financement de la couverture collective à adhésion

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

obligatoire des salariés. Le financement patronal devra toutefois respecter les plafonds institués à l'article D.242-1 du code de la Sécurité sociale.

⇒ A compter du 1er janvier 2023, en application des dispositions de l'article 20 de l'Accord autonome territorial du 29 août 2022, l'employeur doit au minimum financer 50% de la cotisation globale venant financer la couverture instituée à titre obligatoire.

- Part patronale :%,
- Part salariale :%.

[+ Éventuellement, il est possible d'ajouter la phrase suivante :]

« Toute évolution ultérieure de la cotisation sera répercutée dans les mêmes proportions entre l'employeur et les salariés que celles prévues dans la présente décision ».

6. PRESTATIONS

Les prestations, décrites dans la notice d'information remise au salarié, relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, l'engagement de la société ne portant que sur le paiement de cotisations, et sur le respect des obligations imposées par l'article L. 911-7 et suivants du Code de la sécurité sociale.

L'ensemble des garanties souscrites respectent en outre le cahier des charges des contrats responsables (**obligations de prise en charge et de non prise en charge**), institué par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, notamment en ce qui concerne le dispositif dénommé « 100% santé ».

Toute réforme législative ou réglementaire, ayant pour effet de modifier la définition des contrats « responsables », ou les conditions d'exonérations sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit réponde en permanence à l'ensemble de ces dispositions légales ou réglementaires.

Les prestations susvisées sont **[au moins équivalentes ou /plus favorables]** à celles prévues **par l'Accord autonome territorial du 29 août 2022 et ses annexes.**

ATTENTION

A compter du 1er janvier 2023, les entreprises de la branche devront respecter le socle minimal de garanties **par l'Accord autonome territorial du 29 août 2022 et ses annexes.**

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »

7. INFORMATION

1- Remise de la notice d'information

En sa qualité de souscripteur, l'employeur s'engage à remettre à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée, établie par l'organisme assureur, résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application, et les éléments d'information qui relèvent du degré élevé de solidarité le cas échéant. Les salariés seront informés préalablement et individuellement, selon la même méthode, de toute modification de leurs droits et obligations.

2- Remise de la DUE

Conformément aux dispositions de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, la présente DUE est remise à chaque salarié à l'embauche et lors de toute modification du présent régime.

RECOMMANDATION

Il est impératif de se ménager **la preuve de la remise de la DUE** à tous les salariés concernés (présents et à venir), tant lors de la mise en place du régime que de sa modification éventuelle.

⇒ Faculté de remise de la DUE par voie électronique introduite par le BOSS.
Extrait du Chapitre III n° 590 du BOSS : « L'employeur doit remettre ou transmettre **par voie électronique** à chaque salarié un écrit notifiant la décision unilatérale et doit pouvoir justifier de la remise de cet écrit ou de sa transmission par voie électronique. »

Le n° 620 du BOSS ajoute qu'en cas de contrôle « L'employeur doit :

- Produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la décision unilatérale ;
- Justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la modalité de remise de cet écrit aux salariés (document joint au bulletin de paie, remise en mains propres, envoi par courrier, transmission par courriel avec accusé de réception...). »

8. DUREE-MODIFICATION-DENONCIATION

La présente décision unilatérale prend effet dans l'entreprise à compter du ... [Indiquer la date] pour une durée indéterminée.

**DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR RELATIVE AU REGIME COLLECTIF ET
OBLIGATOIRE DE « REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE »**

Elle pourra, à tout moment être modifiée ou dénoncée, conformément à la procédure jurisprudentielle prévue pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur à cette date.

ATTENTION

La dénonciation d'une DUE n'emporte pas dénonciation du contrat d'assurance conclu entre l'employeur et l'organisme assureur. Il est donc important de vérifier les règles de dénonciation applicables au contrat d'assurance, si le souhait de l'employeur est de mettre fin également au contrat d'assurance, afin de coordonner ces deux procédures de dénonciation indépendantes l'une de l'autre.

[S'il existe un comité social et économique, dans une entreprise d'au moins 50 salariés.]

En outre, conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le comité social et économique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de frais de santé.

Fait à..., le