
Décision unilatérale instituant un régime collectif de remboursement de frais médicaux

“ *L’adaptation de ce modèle dans chaque entreprise relève de la seule responsabilité de l’employeur, lequel reste libre de faire valider son modèle auprès d’un conseil externe afin de tenir compte des spécificités du régime envisagé et/ou d’intégrer les éventuelles évolutions législatives et réglementaires.*

Pour mémoire :

La contribution de l’employeur ne doit pas se substituer à un autre élément de rémunération à moins qu’un délai de 12 mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de l’élément de rémunération en tout ou partie supprimé et le 1^{er} versement de ladite contribution. À défaut, la contribution de l’employeur est intégralement soumise à charges sociales.”

Lettre remise à chaque salarié, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Madame (Mademoiselle, Monsieur) à préciser

A à préciser, le à préciser

Objet ► Mise en place de garanties collectives "remboursement frais de santé"

La direction de l'entreprise [forme juridique et dénomination sociale] dont le siège sociale est situé représentée par en sa qualité de a pris la décision de mettre en place un régime complémentaire et collectif de remboursement des frais de santé au bénéfice de l'ensemble de son personnel [le cas échéant, pour les salariés de la catégorie concernée] dans les conditions qui suivent :

Descriptif du régime

Le régime mis en place est composé :

- d'un régime dit "de base" ayant pour objet d'accorder aux salariés concernés, dans le cadre d'une couverture collective obligatoire des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation.
- d'un régime dit additionnel ayant pour objet d'accorder aux salariés concernés dans le cadre d'une couverture facultative des prestations complémentaires à celles versées par la Sécurité sociale et par le contrat dit de base, souscrit individuellement par chaque salarié.

Adhésion des salariés

■ **Choix 1 : si l'entreprise choisit de couvrir l'ensemble du personnel par le même régime :**

Le système de garantie collective mis en place s'applique à l'ensemble des salariés.

■ **Choix 2 : il peut être prévu un régime en fonction des catégories suivantes :**

Cadres définis de l'une des manières suivante :

- Ensemble du personnel affilié à l'AGIRC ;
- Personnel relevant de l'article 4 de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947 ;
- Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947 ;
- Personnel relevant des articles 4 et 4 bis de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe 1 de ladite convention.

Non Cadres définis de l'une des manières suivante :

- Ensemble du personnel non affilié à l'AGIRC ;
- Ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise (y compris ceux relevant des articles 4 bis de la convention AGIRC de 1947 ainsi que ceux relevant de l'article 36 de l'annexe I de ladite convention) ;
- Ouvriers, employés techniciens et agents de maîtrise à l'exception de ceux assimilés aux cadres par les dispositions de l'article 4 bis de la convention AGIRC ;
- Ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise à l'exception de ceux assimilés aux cadres par l'article 4 bis de la convention AGIRC et par l'article 36 de l'annexe I de ladite convention.

Attention en tout état de cause, si vous pouvez choisir de mettre en place des régimes différents en fonction des catégories, l'ensemble des salariés de l'entreprise doit être couvert par un régime de frais de santé.

Si vous mettez en place des régimes différents, rédigez 2 DUE ou adaptez la rédaction en conséquence.

À mentionner dans tous les cas :

Cependant, les salariés présents dans l'entreprise au jour de la mise en place du régime ont la faculté de refuser la proposition d'adhésion que leur soumet la société sur le fondement de l'article 11 de la "loi Evin" du 31 décembre 1989,

si une quote-part salariale dans le financement du régime leur est demandé. Ces salariés devront formuler par écrit leur volonté de ne pas adhérer au régime en cochant la case prévue à cet effet sur la liste du personnel annexé à la décision. À défaut, ils seront obligatoirement affiliés au régime. En tout état de cause, les salariés ayant refusé d'adhérer au régime dans les conditions susvisées pourront à tout moment revenir sur leur décision et solliciter leur adhésion au présent régime.

Si l'entreprise choisit d'insérer des dispenses d'affiliation :

Dispenses d'affiliation possibles quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés

Sont dispensés d'adhérer au régime :

- Salariés bénéficiaires de l'ACS, de la CMU-C, le salarié concerné doit justifier du bénéfice de cette aide (dispense valable jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide).
- Salariés bénéficiaire lors de la mise en place des garanties ou lors de leur embauche si celle-ci est postérieure d'un contrat santé individuel (dispense valable jusqu'à l'échéance de la couverture individuelle).
- CDD et apprentis dont le contrat est inférieur à 12 mois.
- CDD et apprentis dont le contrat est supérieur à 12 mois (sous condition de fournir le justificatif de la couverture individuelle souscrite pour le même type de garantie).
- Salariés à temps partiel et apprentis qui devraient s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute mensuelle.
- Salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayant droit d'une couverture collective relevant d'un des dispositifs de prévoyance mentionnés dans l'arrêté du 26 mars 2012, à savoir :
 - régime de prévoyance complémentaire collectif obligatoire ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
 - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - Régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - Contrat d'assurance de groupe "Madelin" issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 ;
 - Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer ;
 - Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

À noter : Le salarié doit faire sa demande de dispense par écrit. Il doit mentionner qu'il a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix. L'employeur doit conserver cette demande afin de la produire en cas de contrôle URSSAF.

Prestations

Les prestations souscrites respectent la couverture minimum obligatoire prévue à l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale.

Un résumé des garanties est présenté en annexe à titre d'informations. Ce résumé ne constitue pas un engagement de l'entreprise sur ce niveau de prestations.

Cotisations

Les cotisations mensuelles servant au financement du régime "remboursement de frais médicaux" se calculent en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) et évoluent avec ce dernier.

La répartition de la cotisation respecte les dispositions de l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale compte tenu des garanties souscrites.

Attention l'article L.911-7 du Code de la sécurité sociale impose un financement à hauteur de 50% minimum.

► Régime de base

■ Choix 1 : si l'entreprise choisit la structure de cotisation uniforme :

Le régime de "remboursement de frais de santé" institué par la présente décision revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et leurs éventuels ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance.

Les cotisations seront prises en charges par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

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

La cotisation d'assurance est fixée, pour l'année, à% du plafond mensuel de la Sécurité social.

La cotisation d'assistance est fixée, pour l'année, à € par an et par salarié.

■ Choix 2 : si l'entreprise choisit la structure de cotisation "Adulte/enfant" :

Le régime "remboursement frais de santé" institué par la présente décision revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et leurs éventuels ayants droits tels que définis par les conditions générales du contrat d'assurance.

La cotisation destinée au financement de la couverture obligatoire des salariés est prise en charge par l'entreprise dans les proportions suivantes :

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

La cotisation d'assurance est fixée, pour l'année, à% du plafond mensuel de la Sécurité social.

La cotisation d'assistance est fixée, pour l'année, à € par an et par salarié.

■ Choix 3 : si l'entreprise choisit une structure de cotisations Isolé/Famille :

Le régime de "remboursement de frais de santé" institué par la présente décision revêt un caractère familial et a pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés et leurs éventuels ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance.

Les cotisations seront prises en charges par l'entreprise et par les salariés dans les proportions suivantes :

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

La cotisation d'assurance est fixée, pour l'année, à% du plafond mensuel de la sécurité social.

La cotisation d'assistance est fixée, pour l'année, à € par an et par salarié.

■ Choix 4 : si l'entreprise choisit la structure de cotisation "Adulte" :

Le régime de "remboursement frais de santé" institué par la présente décision revêt un caractère individuel et à pour objet de couvrir à titre obligatoire les salariés uniquement.

La cotisation destinée au financement de la couverture obligatoire des salariés est prise en charge dans les proportions suivantes :

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

La cotisation d'assurance est fixée, pour l'année, à% du plafond mensuel de la Sécurité social.

La cotisation d'assistance est fixée, pour l'année, à € par an et par salarié.

Parallèlement à leur couverture obligatoire, les salariés ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de couvrir leurs ayants droit tels que définis par le contrat d'assurance pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre du régime institué par la présente décision.

Les cotisations supplémentaires servant au financement de la couverture facultative des ayants droit, ainsi que leurs évolutions ultérieures, sont à la charge exclusive du salarié. Elles viennent s'ajouter aux cotisations salariales destinées au financement de la couverture obligatoire des salariés.

► Régime facultatif

La cotisation du régime facultatif est à la charge exclusive du salarié. Elle est définie au contrat d'assurance

Évolution ultérieure de la cotisation obligatoire

Toute évolution ultérieure de la cotisation obligatoire, dans une limite égale à% , sera répercutée dans les mêmes proportions que les cotisations initiales entre l'entreprise et les salariés. Au-delà de cette limite, l'augmentation de cotisations, si elle est envisagée, fera l'objet d'une modification de la présente décision.

Portabilité

Les anciens salariés de l'entreprise, bénéficiaires du dispositif de maintien de garantie dit "portabilité" prévu à l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pourront conserver le bénéfice du présent régime dans les conditions prévues par ledit article.

Durée et effet

L'engagement de l'entreprise de faire bénéficier ses salariés d'un régime de "remboursement de frais médicaux" prendra effet le pour une durée indéterminée.

Il pourra à tout moment, être modifié ou dénoncé, conformément à la procédure jurisprudentielle applicable pour la modification et la dénonciation des usages.

Information

En sa qualité de souscripteur, l'entreprise remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Il en sera de même lors de chaque modification de garantie.

Veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La direction de l'entreprise

PJ : Résumé des garanties

Pendant la vie du régime et à chaque embauche de nouveaux salariés

**Remarque : à faire remplir par les salariés embauchés
postérieurement à la date de mise en place du régime.**

Tableau d'émargement (ci-dessous) constatant la remise à *chaque salarié*, en application de l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale, d'un écrit actant la décision unilatérale de la société à préciser de mettre en place des garanties collectives et obligatoires "Remboursement de frais médicaux".

À à préciser, le à préciser

Les soussignés reconnaissent, ce jour, avoir reçu de la Direction de la société à préciser un écrit constatant la décision unilatérale de la société relative aux garanties collectives et obligatoires de "frais de santé", conformément à l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Ils reconnaissent également avoir reçu de la Direction le résumé des prestations.

Nom	Prénom	Signature