

**Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)
relative à l'existence et aux modalités
d'un régime collectif obligatoire de garanties « frais de santé »**

La direction de l'entreprise (forme juridique et dénomination sociale)
dont le siège social est situé (adresse du siège social)
immatriculée au RCS de..... **sous le numéro**.....
représentée par
en sa qualité de (qualité pouvant valablement engager l'entreprise)

Préambule :

La protection sociale complémentaire est devenue un élément essentiel de la politique sociale de toute entreprise.

Pour lutter contre son déficit, la branche Maladie de la Sécurité sociale procède par transfert de charges. Afin de diminuer les dépenses, plusieurs réformes ont eu lieu et notamment celle ayant créé les « contrats responsables » pour les garanties frais de santé à compter du 1^{er} janvier 2006.

Le contrat responsable incite le patient à avoir une attitude vertueuse au regard des dépenses de santé qu'il engendre, en respectant le parcours de soins coordonnés qui impose à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un médecin spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein (sauf urgence et exceptions).

Les organismes assureurs complémentaires proposent diverses garanties sous la forme de contrats responsables. Ces contrats permettent de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux. Le contrat responsable assure la prise en charge des dépenses de santé de l'adhérent en instaurant des plafonds et des plafonds de remboursement.

Au 1^{er} janvier 2020 entrera en vigueur une nouvelle réforme, appelée « 100 % santé », issue de l'article 51 de la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Selon la Direction de la Sécurité sociale, l'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les secteurs connaissant les restes à charge les plus élevés que sont l'optique, l'audiologie ou les prothèses dentaires. Ajoutons toutefois que l'effort financier de cet objectif du « reste à charge zéro » sera supporté par les mutuelles et les entreprises adhérentes, et non par la Sécurité sociale.

En application de cette réforme 100 % santé, le panier de soins des contrats responsables doit inclure la prise en charge du « panier 100 % santé » permettant d'aboutir au « zéro reste à charge » pour certaines dépenses de santé à compter des dates suivantes :

- 1^{er} janvier 2020 pour les dispositifs d'optique médicale et les soins prothétiques dentaires de l'annexe 1 de SSAS1911866A du 24 mai 2019 ;
- 1^{er} janvier 2021 pour les dispositifs d'aides auditives et les soins prothétiques dentaires de l'annexe 2 de l'arrêté précité du 24 mai 2019.

C'est dans ce contexte que notre entreprise a décidé d'instaurer des garanties de protection sociale complémentaire obligatoire couvrant, de manière satisfaisante, le panier « 100 % santé » aux échéances ci-dessus, dans le cadre d'un contrat responsable conforme à la loi souscrit auprès de la Mutuelle OCIA NE.

Le présent document matérialisant la décision unilatérale de l'employeur (DUE) est remis à chaque salarié visé à l'article 1^{er}, en application des articles L. 242-1 et L. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

Article 1 : Objet

OPTION 1 (l'entreprise doit choisir une seule option et supprimer du document l'option non retenue)

La présente décision unilatérale concerne l'ensemble des salariés de la société.

OU BIEN :

OPTION 2 (l'entreprise doit choisir une seule option et supprimer du document l'option non retenue)

La présente décision concerne la catégorie de personnel suivante : *(choisir une catégorie)*

- 1/ Cadres ou assimilés définis de l'une des manières suivantes *(choisir une définition)* : personnel relevant de l'article 4 de la CCN du 14 mars 1947 / personnel relevant des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947 / personnel relevant des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.
- 2/ Non-cadres définis de l'une des manières suivantes *(choisir une définition)* : personnel ne relevant pas de l'article 4 de la CCN du 14 mars 1947 / personnel ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN du 14 mars 1947 / personnel ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947.
- 3/ Catégorie définie par référence à un seuil de rémunération déterminé par rapport aux limites des tranches 1 et 2 fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite Agirc - Arrco sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la tranche 2 (soit 8 fois le plafond de la sécurité sociale). Exemple : personnel dont la rémunération mensuelle brute de base est inférieure ou égale à 1 PMSS / ou bien supérieure à 1 PMSS.

NB : Choisir une catégorie.

Attention : dans ce cas, il faut un contrat d'assurance et une DUE par catégorie, car l'ensemble du personnel doit être couvert par un régime frais de santé.

Le présent document constate l'existence et les modalités du régime remboursement de frais de santé, mis en place par décision unilatérale de l'employeur, au profit des salariés visés au présent article, lequel a pour objet l'adhésion de l'ensemble du personnel visé au sein de cet article au contrat collectif d'assurance de « remboursement de frais de santé » souscrit à cet effet par la société auprès de la Mutuelle OCIANE.

L'ensemble des garanties et leurs modalités d'application sont résumés en Annexe ci-après, à titre informatif. Ces garanties sont susceptibles d'évoluer, avec information préalable des bénéficiaires.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, l'employeur devra, dans un délai qui ne pourra excéder cinq ans à compter de la date d'effet de la présente décision unilatérale, réexaminer le choix de l'organisme assureur désigné ci-dessus. Ce réexamen aura lieu au plus tard six mois avant la date d'échéance de la période quinquennale précitée.

Article 2 : Adhésion des salariés

L'adhésion au régime de remboursement de frais de santé est obligatoire pour tous les salariés visés à l'article 1^{er}.

Cependant, les salariés suivants ont la possibilité de refuser d'adhérer au régime :

1. **Les salariés en contrat à durée déterminée, ou en contrat de mission, dont la durée du contrat santé collectif obligatoire est inférieure à 3 mois** (non comprise la période de portabilité), ainsi que les salariés dont la durée effective de travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine. Les salariés doivent justifier d'une couverture individuelle pour le même type de garantie.

Paragraphe suivant facultatif, à conserver uniquement si l'entreprise souhaite offrir à ses salariés qui remplissent les conditions la possibilité de bénéficier du « versement santé » :

En cas de demande de dispense pour ce motif, le salarié concerné pourra solliciter de l'entreprise le versement d'une aide financière, appelée "versement santé", à condition d'avoir une assurance individuelle frais de santé conforme aux critères du nouveau contrat responsable. Ce versement santé est calculé selon les dispositions de l'article D.911-8 du code de la Sécurité sociale.

2. **Les salariés bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** prévue à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Cette dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ou quand les salariés cessent de bénéficier de cette aide. Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.
3. **Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale**, au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, et qui en justifient annuellement auprès de la direction. Cette dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel ou quand les salariés cessent de bénéficier de cette aide.
4. **Les salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé** lors de la mise en place du système obligatoire ou de leur embauche et qui en justifient annuellement auprès de la direction. Cette dispense d'affiliation ne vaut que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
5. **Les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, qui bénéficient pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale**, à condition d'en justifier annuellement auprès de la Direction.

Ainsi, peuvent bénéficier d'une telle dispense :

- les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire par leur conjoint, concubin, ou leur compagnon de PACS, lui-même bénéficiaire d'un régime collectif et obligatoire,
- les salariés bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire et obligatoire auprès d'un autre employeur (salariés à employeurs multiples),
- Les salariés bénéficiant du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin et de la Moselle,
- Les salariés bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- Les salariés bénéficiant 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,
- Les salariés bénéficiant des dispositions prévues par le décret 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
- Les salariés bénéficiant des dispositions prévues par les contrats d'assurance de groupe, dits loi Madelin.

Les salariés précités seront tenus de cotiser au régime lorsqu'ils cesseront de justifier de leur situation dérogatoire auprès de la Direction.

Les 3 cas de dispense ci-dessous (6.1, 6.2 et 6.3) sont facultatifs, à maintenir en tout ou partie uniquement si l'entreprise le souhaite :

6. Les salariés se trouvant dans l'une des situations suivantes :

6.1. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée au moins égal à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,

6.2. Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée inférieur à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,

6.3. 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.

En outre, les salariés, susceptibles de bénéficier de l'une des dérogations précitées, qui choisissent de ne pas adhérer au régime collectif de remboursement de frais de santé, devront notifier leur refus par écrit et, le cas échéant, y joindre les justificatifs demandés :

- dans les 15 jours suivants la date d'effet pour les salariés présents dans l'entreprise au moment de la remise du présent écrit ;
- dans les 15 premiers jours suivants leur embauche pour les nouveaux salariés.

Toute demande de dérogation incomplète et/ou tout retour de justificatif hors délai entrainera l'adhésion systématique du salarié au régime collectif de remboursement de frais de santé.

Article 3 : Prestations

Les prestations accordées au titre du présent régime consistent à assurer le remboursement ou l'indemnisation de certains frais de santé exposés par les salariés bénéficiaires du régime.

Ces prestations, telles qu'en vigueur à la date de prise d'effet du régime, sont résumées, à titre d'information, dans le document joint en annexe.

Toutefois, ces prestations ne constituent, en aucun cas, un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations.

En conséquence, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Le présent régime, ainsi que le contrat d'assurance précité, sont mis en œuvre conformément aux prescriptions de l'article L. 242-1, alinéas 6 et 8, de l'article L. 871-1 et des articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité de la sociale, ainsi que des articles 83, 1° quater et 995, 16° du Code général des impôts et respectent en conséquence les exigences des contrats responsables et du panier 100% santé résultant de l'article 51 de la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Important : Pour toute question relative au contenu, à l'étendue, aux conditions ou aux modalités des prestations garanties par le présent régime, qui ne serait pas traitée dans la présente DUE, il est expressément renvoyé au cahier des charges du contrat d'assurance souscrit auprès de la Mutuelle OCIANE et à l'ensemble de ses garanties.

Article 4 : Cotisations

La cotisation servant au financement du contrat d'assurance de « remboursement de frais de santé » s'élève, au 1^{er} _____ 2019, à un montant correspondant à _____ €, par salarié et par mois.

La cotisation est prise en charge par l'employeur et par les salariés, dans les proportions suivantes

- Part patronale : _____ %
- Part salariale : _____ %

OPTION 1 (*l'entreprise doit choisir une seule option et supprimer du document l'option non retenue*)

La cotisation n'ouvre droit au bénéfice des garanties que pour le salarié.

Toutefois, le salarié a la possibilité d'adhérer à un contrat collectif à adhésion facultative pour assurer une couverture de remboursement de frais de santé à ses ayants-droit tels que définis dans le contrat d'assurance et la notice d'information remise au salarié. Dans ce cas, la cotisation due au titre des ayants-droit est intégralement à la charge du salarié.

OPTION 2 *si choix d'un contrat collectif obligatoire étendu aux ayants-droits du salarié (l'entreprise doit choisir une seule option et supprimer du document l'option non retenue)*

La cotisation ouvre droit au bénéfice des garanties pour le salarié et ses ayants-droits de manière obligatoire, selon la définition des ayants-droits figurant dans le contrat d'assurance et la notice d'information remise au salarié.

Article 5 : Evolution ultérieure des cotisations ou des charges

En cas d'évolution ultérieure des cotisations, liée notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistre à primes, ou des charges de toute nature dues au titre du présent contrat (contributions, taxes, etc.) dont le paiement n'est pas expressément mis à la charge des salariés ou de l'employeur par la réglementation, celles-ci seront prises en charge par l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que celles prévues pour les cotisations initiales.

Article 6 : Sort des garanties en cas de suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Il est précisé que dans les cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (congé sabbatique, congé parental, congé sans solde, congé pour création d'entreprise etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, si celui-ci souhaite conserver cette couverture, à condition qu'il règle directement à OCIANE par prélèvement automatique sur son compte bancaire, les cotisations qui seront intégralement à la charge du salarié (part patronale et salariale).

En cas de suspension du contrat de travail avec maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou un organisme assureur

Dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité etc.), la suspension du contrat de travail n'entraîne pas la suspension du bénéfice du présent régime pour le salarié concerné, et l'employeur précomptera sur la rémunération maintenue la part de cotisations à la charge du salarié, l'employeur maintenant la part patronale.

Article 7 : Portabilité

Les salariés visés à l'article 1er bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture objet de la présente décision en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes, prévues à l'article L 911-8 du Code de la sécurité sociale :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du 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. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions précitées ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

La portabilité est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties prévues par la présente décision à la date de la cessation du contrat de travail.

Article 8 : Entrée en vigueur, durée, révision et dénonciation du régime

L'engagement de la société de faire bénéficier les salariés visés à l'article 1^{er} d'un régime de remboursement de frais de santé prendra effet le _____ pour une durée indéterminée.

Le régime ayant été mis en place par décision unilatérale de l'employeur (DUE), il pourra à tout moment être révisé ou dénoncé, conformément à la procédure fixée par la jurisprudence pour la modification et la dénonciation des usages et engagements unilatéraux de l'employeur en vigueur à cette date.

La résiliation par l'organisme assureur du contrat d'assurance, dont la notice d'information est ci-après annexée, entraîne de plein droit la caducité de la présente DUE par disparition de son objet.

Article 9 : Information préalable des représentants élus du personnel

(le cas échéant si l'entreprise est dotée d'un CSE et selon son effectif)

Conformément à la loi (article L 2312-8 du code du travail), le Comité social et économique (CSE) a dûment été informé et consulté sur le projet de mise en place de ce régime collectif et obligatoire de remboursement frais de santé préalablement à la souscription du contrat d'assurance.

Il sera également informé et consulté préalablement à toute révision ou dénonciation.

Article 10 : Information du personnel

Le personnel bénéficiaire visé à l'article 2 sera avisé de la mise en place du présent système de garanties collectives complémentaire obligatoire remboursement frais de santé par *la remise individuelle contre signature* (l'employeur devra conserver une copie de la lettre datée et signée ou faire émarger un listing conservé par ses soins) *ou l'envoi au domicile d'une lettre RAR de leur employeur pour les salariés absents, à laquelle* sera jointe copie du présent document.

Une copie de la présente décision sera par ailleurs portée à l'attention du personnel *par voie d'affichage au sein de l'entreprise / Intranet*

La notice d'information du contrat d'assurance conclu entre l'entreprise et l'organisme assureur pour la mise en œuvre du système de garanties collectives complémentaires frais de santé sera remise par l'entreprise à chaque salarié affilié au contrat après la signature dudit contrat par l'entreprise.

Il en ira de même en cas de modification des garanties ou du contrat.

Fait à _____ le _____

Pour la société _____

M _____
en sa qualité de _____

MODELE A PERSONNALISER

Récépissé de la Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) relative à l'existence et aux modalités d'un régime collectif obligatoire de garanties « frais de santé » + Formulaire de réponse

Je, soussigné(e), NOM – Prénom :,
salarié(e) de la Société

déclare avoir pris connaissance de la DUE relative à l'existence et aux modalités d'un régime collectif obligatoire de garanties « frais de santé » et en avoir reçu en mains propres un exemplaire.

J'accepte mon adhésion au régime obligatoire de complémentaire frais de santé,
 Je demande la dispense d'adhésion au régime obligatoire de complémentaire frais de santé, me trouvant dans le cas suivant :

Salarié en contrat à durée déterminée, ou en contrat de mission, dont la durée du contrat santé collectif obligatoire est inférieure à 3 mois (non comprise la période de portabilité), ou salarié dont la durée effective de travail prévue par le contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine. Le salarié doit justifier auprès de l'employeur d'une couverture individuelle pour le même type de garantie.

Salarié bénéficiaire d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.

Salarié bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé solidaire en application de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Le salarié devra justifier de sa situation annuellement auprès de la direction par la production d'une attestation d'affiliation.

Salarié déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé lors de la mise en place du système obligatoire ou de l'embauche. Le salarié doit justifier auprès de l'employeur d'une couverture individuelle pour le même type de garantie.

Salarié, quelle que soit sa date d'embauche, qui bénéficie pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale. Ainsi, peuvent bénéficier d'une telle dispense :

- Salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire par son conjoint, concubin, ou son compagnon de PACS,
- Salarié bénéficiant d'une couverture complémentaire et obligatoire auprès d'un autre employeur (salarié à employeurs multiples),
- Salarié bénéficiant du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin et de la Moselle,
- Salarié bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
- Salarié bénéficiant 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,
- Salarié bénéficiant des dispositions prévues par le décret 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
- Salarié bénéficiant des dispositions prévues par les contrats d'assurance de groupe, dits loi Madelin.

Salarié et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée déterminée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties

Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée déterminée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs

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

Je reconnais avoir été clairement et pleinement informé(e) par mon employeur de mes droits et obligations, et notamment du fait que si je demande la dispense d'adhésion au régime obligatoire de complémentaire frais de santé pour l'un des cas précités, je ne pourrai pas bénéficier des garanties du régime frais de santé, de la cotisation patronale finançant ce régime, des avantages fiscaux et sociaux, du dispositif de « portabilité » en cas de rupture du contrat de travail, de la possibilité de contracter à titre individuel la même couverture.

Et je m'engage à fournir à mon employeur le justificatif afférent à ma demande de dispense. Dans le cas où je ne produirai pas ce justificatif, mon adhésion au régime obligatoire de complémentaire frais de santé se fera automatiquement.

Fait à _____, le _____

Signature du salarié(e)