

DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR

Mise en conformité d'un régime complémentaire frais de santé collectif et obligatoire en application de l'Art. L911.1 du code de la sécurité sociale.

DUE REVISEE LE 18 OCTOBRE 2019

PREAMBULE:

La direction de la Mission Locale Haute-Garonne dont le siège social est situé 61 rue Pierre Cazeneuve, 31200 TOULOUSE, immatriculée au RCS de Toulouse sous le numéro 326 330 057 00026, est représentée par Madame Nadège CARREL, en sa qualité de Directrice.

La protection sociale complémentaire est un élément important de la politique sociale de la Mission Locale Haute-Garonne. Elle améliore significativement la protection sociale des salariés dans un cadre mutualisé qui permet des conditions plus favorables. Ainsi, un régime complémentaire frais de santé à caractère collectif et obligatoire avait été mis en place par voie de Décision Unilatérale de l'Employeur précédemment.

L'accord conventionnel du 15 octobre 2015 et l'avenant 58 du 17 février 2016, ayant modifié le périmètre réglementaire des régimes de santé de la branche « Missions locales et PAIO », l'employeur a considéré qu'il était opportun d'instaurer de nouvelles garanties Frais de santé, répondant à ces nouveaux impératifs, tout en conservant les conditions plus avantageuses déjà en place.

La présente Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) vise donc à instaurer et présenter les nouvelles modalités, conditions et garanties du régime complémentaire obligatoire de frais de santé mis en place.

Il a donc été décidé ce qui suit, dans le respect de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale et en application de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale, après information et consultation de la DUP – CE, le 14 novembre 2016 sur ledit régime.

La présente décision se substitue à tout usage ou engagement unilatéral dont l'objet porte sur les dispositions insérées dans la DUE. De manière générale, elle annule et remplace toutes les dispositions antérieures sur le remboursement de frais de santé.

ARTICLE 1: OBJET

L'objet de la présente DUE est de mettre en conformité et d'améliorer le régime collectif et obligatoire en place, en permettant aux salariés de bénéficier de prestations complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale.

L'adhésion au contrat est obligatoire et s'impose donc dans les relations individuelles de travail.

ARTICLE 2: BENECIAIRES:

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique, sans condition d'ancienneté, aux salariés et ayants-droit tels que définis ci-après :

- L'ensemble des salarié-e-s de la Mission Locale Haute-Garonne.
- Les ayants droit, tels que définis tant dans l'accord conventionnel du 15/10/2015 (article XI-3-1), que dans les conditions générales et notice d'information du contrat.

Il est à noter que cet article XI-3-1 instaure une différenciation de traitement entre les conjoints « à charge au sens de la SS » et « non à charge au sens de la SS ».

Les ayants droit, « non à charge au sens de la SS » gardent la faculté d'adhérer et ce, à titre facultatif.

Leur adhésion ne pourra prétendre à une quelconque participation de la part de l'employeur.

ARTICLE 3: DISPENSES D'ADHESION

Par dérogation au caractère obligatoire du présent régime, certains salariés, ainsi que leurs ayants droit tels que définis ci-dessus, répondant aux situations mentionnées ci-après, peuvent être dispensés du régime.

Dispense d'ordre public

Le caractère obligatoire du présent régime de garanties collectives complémentaires, doit être apprécié au regard de l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989 dite Loi Evin. Un salarié, employé dans l'entreprise avant la mise en place du présent régime par décision unilatérale de l'employeur et n'ayant jamais adhéré à un précédent régime similaire au sein de l'entreprise, peut refuser d'y adhérer dans un délai d'un mois à compter de la mise en place : Les salarié-e-s qui adhéraient précédemment dans le cadre d'un dispositif similaire ne peuvent en aucun cas bénéficier de cette capacité dérogatoire.

L'éventuel refus d'adhésion doit être notifié par écrit à l'employeur et comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

Facultés de dispenses "de droit"

1 : Les salarié-e-s qui bénéficient, par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un des dispositifs ci-dessous. La dispense doit être formulée à l'embauche, ou si elle postérieure, à la date de mise en place du régime, ou à la date de prise d'effet de la couverture dont le salarié bénéficie par ailleurs :

- un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale (couverture collective obligatoire souscrite par l'employeur) ;
- le 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 (Alsace-Moselle) ;
- le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 (IEG) ;
- Les mutuelles des fonctions publiques d'Etat et des collectivités territoriales relevant des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Les contrats d'assurance de groupe relevant de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (Contrats dits "Madelin") ;

2 : Les salarié-e-s bénéficiaires d'une couverture santé individuelle au moment de la mise en place ou de

l'embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel.

3 : Les salarié-e-s bénéficiant à l'embauche ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime ou à la date de prise d'effet d'une des couvertures ci-dessous, jusqu'au terme de l'attribution de ces aides :

- D'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale (CMU-C),
- De l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale (ACS),

Les salarié-e-s remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur du salarié, auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé des conséquences de son choix.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur du salarié à l'employeur : à défaut, Les salarié-e-s concernés seront immédiatement affiliés au régime.

Autres facultés de dispenses au choix de l'entreprise

1 : Les salarié-e-s sous contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission et les apprentis :

- Sans justificatif, s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée inférieure à 12 mois,
- Sous réserve de la justification d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties s'ils bénéficient d'un contrat de travail d'une durée au moins égale à 12 mois.

La dispense doit être formulée à l'embauche, ou si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime.

2 : Les salarié-e-s à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute, sauf si cette cotisation est prise en charge par l'employeur.

La dispense doit être formulée à l'embauche, ou si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime.

3 : Les salarié-e-s qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire :

- Le régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- La caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

La dispense doit être formulée à l'embauche, ou si elle est postérieure, à la date de mise en place du régime ou à la date de prise d'effet d'une des couvertures ci-dessus.

Les salarié-e-s remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires ou à défaut d'une déclaration sur l'honneur du salarié,

auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs ou déclarations y afférents.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé des conséquences de son choix.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs ou déclarations sur l'honneur du salarié à l'employeur, à défaut, Les salarié-e-s concernés seront immédiatement affiliés au régime.

Les salarié-e-s dont les ayants droit remplissent les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent en faire la demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires auprès de l'employeur qui conservera les demandes de dispenses et les justificatifs y afférents.

Les demandes de dispenses devront comporter la mention selon laquelle le salarié et ses ayants droit ont été préalablement informés des conséquences de ce choix.

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs à défaut, les ayants droits concernés seront immédiatement affiliés au régime.

En cas d'évolution de la réglementation rendant impossible le maintien d'une ou plusieurs de ces dispenses sans remise en cause des exonérations de cotisations sociales, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

ARTICLE 4: FINANCEMENT

Le financement du régime est assuré par des cotisations mensuelles exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale).

Le financement est assuré par répartition entre l'employeur et le salarié selon les quotes-parts suivantes :

Quote-part Employeur :

- Cotisation Salarié-e isolé-e : participation fixée en valeur numéraire à 71 € sans pouvoir être inférieure à 50 % de la cotisation totale afférente au salarié seul.
- Cotisation Famille (Salarié-e isolé-e + ayant-droits tels que définis ci-dessus) : Participation fixée en valeur numéraire à 100 €, sans pouvoir être inférieure à 50 % de la cotisation totale afférente au salarié et à ses aux ayants-droit tels que définis ci-dessus

Quote-part Salariés :

- Cotisation Salarié-e isolé-e : participation à la cotisation pour sa part excédant la somme de 71 € dans la limite de 50 % de la cotisation totale afférente au salarié seul
- Cotisation Famille (Salarié-e isolé-e + ayant-droits tels que définis ci-dessus) : Participation à la cotisation pour sa part excédant la somme de 100€, dans la limite de 50 % de la cotisation totale afférente aux ayants-droit tels que définis ci-dessus.

A noter pour information :

La cotisation facultative Conjoint non à charge, au sens de la sécurité sociale (tel que défini dans l'accord) ne fait l'objet d'aucune participation financière de l'employeur et reste à la charge exclusive du salarié.

La cotisation facultative Enfant non à charge, au sens de la sécurité sociale (tel que défini dans l'accord) ne fait l'objet d'aucune participation financière de l'employeur et reste à la charge exclusive du salarié.

Au 1^{er} janvier 2019, les cotisations sont :

- Cotisation du participant seul (salarié-e) : 2,099 % du PMSS soit 70,88 € (Base PMSS 2019 : 3 377 €)
- Cotisation famille : 3,804 % du PMSS soit 128,46 € (Base PMSS 2019 : 3 377 €)

- Cotisation du conjoint(e) non à charge au sens de la Sécurité Sociale : 2,099 % du PMSS soit 70,88 € (Base PMSS 2019 : 3 377 €)
- Cotisation Enfant non à charge au sens de la Sécurité Sociale ; 0,738% du PMSS soit 24,92 € (Base PMSS 2019 : 3 377 €)

En cas de d'évolution de la cotisation d'assurance, la nouvelle cotisation sera prise en charge dans les mêmes limites et selon la même répartition.

Il est expressément précisé que :

- Les montants des cotisations visées ci-dessus seront revalorisés chaque année, au 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution du PMSS ; dès lors, le montant numéraire des cotisations sera adapté annuellement en conséquence.
- Les cotisations correspondant à la participation des salariés bénéficiaires feront l'objet d'une retenue mensuelle obligatoire sur leur rémunération.
- Dans l'hypothèse où le montant des cotisations viendrait à augmenter en raison de l'évolution des dispositions législatives ou réglementaires ou encore à l'initiative de l'organisme gestionnaire du régime de frais de santé du fait d'une dégradation des résultats techniques, cette augmentation, n'emportera pas la nécessité de réviser la présente décision et s'imposera aux salariés.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.

Dans une telle hypothèse, l'employeur verse une contribution calculée selon les règles applicables à la catégorie dont relève le salarié pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée. Parallèlement, le salarié doit continuer à acquitter sa propre part de contribution.

ARTICLE 5: PORTABILITE

Conformément à l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale, en cas de cessation du contrat de travail (sauf en cas de licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, les anciens salariés, et le cas échéant leurs ayants droit s'ils bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, peuvent continuer à bénéficier du présent régime dans les conditions définies à l'article précité.

Les garanties maintenues sont identiques à celles définies pour Les salarié-e-s actifs pour la catégorie de personnel à laquelle l'ancien salarié appartenait. En cas d'évolution du régime de garanties applicables aux actifs, les modifications des garanties seront également appliquées à l'ancien salarié bénéficiaire de la portabilité, et le cas échéant à ses ayants droit.

ARTICLE 6: PRESTATIONS ET ORGANISME ASSUREUR

Les prestations souscrites qui sont résumées dans le document joint à titre informatif, ne constituent en aucun cas un engagement pour l'Association, qui n'est tenue, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement de la cotisation.

Par conséquent, les prestations relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le contrat d'assurance souscrit par l'Association respecte le cahier des charges des « contrats responsables » tel que défini par les textes en vigueur au jour des présentes et notamment pas l'article L871-1 du code de la sécurité sociale.

Afin de conserver le bénéfice des exonérations sociales et fiscales, les garanties du régime seront, si nécessaire, adaptées, afin de respecter le cahier des charges des « contrats responsables ». Toute nouvelle exclusion ou obligation de prise en charge, ou plus généralement tout aménagement apporté au cahier des charges par les textes légaux ou réglementaires, seront automatiquement applicables au régime « frais de santé ».

Les prestations assurées par le présent régime frais de santé sont au moins équivalentes à celles prévues par les dispositions conventionnelles du 15 octobre 2015.

La couverture du système de garanties collectives complémentaire obligatoire frais de santé est confiée à l'organisme assureur ci-après désigné :

- PREVIFRANCE

Le changement d'assureur ne serait, à lui seul, faire l'objet d'une nouvelle rédaction de DUE. Une note d'information serait néanmoins remise contre preuve à chaque salarié, et éventuels partenaires sociaux, afin de les informer de ces modifications.

Avant l'issue d'une période de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur du système de garanties collectives, le choix de cet organisme fera l'objet d'un réexamen, conformément aux dispositions de l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ces stipulations ne font pas obstacle à la révision ou à la dénonciation du système de garanties collectives, conformément aux articles L. 2222-5 et L. 2222-6 du Code du travail, avant la date fixée pour le réexamen du choix de l'organisme assureur conformément aux dispositions de l'article 6.

ARTICLE 7: ENTRÉE EN VIGUEUR, DUREE, REVISION, DENONCIATION

La présente DUE révisée prend effet dans l'Association à compter du 1^{er} janvier 2020, pour une durée indéterminée.

Il est rappelé que la DUE peut 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.

ARTICLE 8 INFORMATION DES SALARIE-E-S

Les bénéficiaires visés à l'ARTICLE 2, seront avisés de la mise en place du présent régime par la remise individuelle du présent document contre signature ou l'envoi au domicile d'une lettre recommandée avec avis de réception.

La notice d'information du contrat d'assurance conclu entre l'entreprise et l'organisme assureur pour la mise en œuvre du régime 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 Toulouse, le 18 octobre 2019

**Pour la Mission Locale Haute-Garonne,
Madame Nadège CARREL en sa qualité de Directrice**

