

# DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR

## REGIME OBLIGATOIRE DE COUVERTURE DES FRAIS DE SANTE

### 1. OBJET

Les présentes visent à la définition d'un régime de couverture des frais de santé à caractère collectif et obligatoire, répondant en particulier aux exigences légales et réglementaires en la matière, permettant aux bénéficiaires d'obtenir des prestations de remboursement complétant celles servies par les organismes de Sécurité sociale. Cette définition du régime se fait dans le cadre d'une modification du régime existant (dénonciation pour modification).

### 2. CHAMP D'APPLICATION

Les présentes dispositions concernant la structure suivante :

**MAPE RGA**

1 rue des Saules  
38120 ST EGREVE  
SIRET 818 923 021 00021

### 3. BENEFICIAIRES PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

Les salariés bénéficiaires du régime frais de santé, dont l'affiliation sera obligatoire sous réserve des cas de dispense exposés plus loin, sont l'ensemble des salariés de l'entreprise, ainsi que selon la situation de chacun de ces derniers, les ayant-droit (bénéficiaires secondaires), selon la définition retenue par l'organisme assureur (conjoint, enfants et enfants du conjoint).

### 4. DISPENSE

#### 4.1 - Bénéficiaires principaux :

Sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, une dispense d'affiliation est autorisée dans les hypothèses suivantes :

- ☒ Salariés et apprentis bénéficiant dans l'entreprise d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- ☒ Personnes disposant d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

- ☒ Personnes couvertes par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- ☒ Personnes qui bénéficient par ailleurs, 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 de le justifier chaque année, et sous réserve que la couverture de la personne dont il est ayant-droit, soit obligatoire au titre du dispositif en question ;
- ☒ Personnes bénéficiant du régime de base obligatoire 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 sécurité sociale ;
- ☒ Personnes bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946, du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM), ou de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;
- ☒ Fonctionnaires et agents de droit public bénéficiant de la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire en application du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- ☒ Agents bénéficiant de la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire en application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- ☒ Personnes bénéficiant d'un contrat groupe issu de la loi 94-126 du 11 février 1994 (dispositif Madelin).

Pour ces cas, la demande de dispense sera consignée par écrit informant l'intéressé des conséquences de son choix. Cette consignation écrite interviendra à l'embauche, ou dans les 8 jours suivant celle-ci ou la date de mise en place du régime pour les salariés présents à cette date. A défaut, la dispense ne sera pas valable et il sera procédé à une affiliation d'office au régime. Les justificatifs requis devront être produits (ou à défaut une déclaration sur l'honneur), le cas échéant chaque année dans les cas où cela s'applique, faute de quoi il sera aussi procédé à une affiliation d'office.

Dans le cas de salariés d'une même famille (couples notamment) employés simultanément dans l'entreprise, dans la mesure où le régime couvre à titre obligatoire les ayants-droits, l'un des membres sera affilié en tant que bénéficiaire principal, l'autre pouvant l'être en tant que bénéficiaire secondaire. Les intéressés devront en formuler la demande par écrit, et indiquer à cette occasion quel membre se verra précompter la cotisation au financement du régime, en tant que bénéficiaire principal.

#### 4.2 - Bénéficiaires secondaires couverts à titre obligatoire :

Une dispense valable pour un bénéficiaire principal vaudra pour tout bénéficiaire secondaire qui lui est attaché.

En revanche, une dispense valable pour un bénéficiaire secondaire ne s'appliquera qu'à lui, et ne saurait jouer pour le bénéficiaire principal.

A ce titre, sans remettre en cause le caractère obligatoire du régime, une dispense d'affiliation est autorisée pour les bénéficiaires secondaires couverts à titre obligatoire, dans les hypothèses suivantes :

- ☒ Les ayants-droits bénéficiant d'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) ;

☒ Les ayants-droits relevant du 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) ;

☒ Les ayants-droits bénéficiant du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946, du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM), ou de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF) ;

☒ Les ayants-droits couverts par 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 ayants-droits bénéficiant des contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (contrats dits « Madelin »).

Pour ces cas, la demande de dispense sera consignée par écrit comportant la mention que l'intéressé est informé des conséquences de son choix, dans les mêmes délais que ceux applicables au bénéficiaire principal.

A défaut, la dispense ne sera pas valable et il sera procédé à une affiliation d'office au régime. Les justificatifs requis devront être produits (ou à défaut une déclaration sur l'honneur), le cas échéant chaque année dans les cas où cela s'applique, faute de quoi il sera aussi procédé à une affiliation d'office.

En tout état de cause, les personnes ayant initialement refusé l'adhésion au titre d'une des hypothèses précitées pourront solliciter à tout moment leur adhésion au régime. Cela sera toutefois alors irrévocable

## 5. ORGANISME ASSUREUR

Le régime complémentaire de frais de santé retenu est garanti par l'intermédiaire d'un contrat d'assurance souscrit auprès de l'organisme habilité suivant :

**AXA LAVIS LONCELLE – 8 ZI RHONE VALLEE SUD BP 15 – 07250 LE POUZIN**

Le choix de l'organisme assureur ainsi que des intermédiaires éventuels, qui relèvera au final de l'employeur, sera réexaminé selon une périodicité de 5 ans.

Les modalités de ce réexamen consisteront en une étude comparative d'offres de différents acteurs du marché, afin notamment de comparer les niveaux de garanties proposés et les tarifications correspondantes, ainsi que les modalités et l'efficacité de la prise en charge des bénéficiaires, qui donneront lieu à consultation des représentants du personnel.

Ce réexamen périodique ne fait pas obstacle à la possibilité pour l'employeur de recourir entretemps à un autre organisme assureur, à l'échéance de ce contrat souscrit avec l'organisme assureur s'il est à durée déterminée, ou à tout moment moyennant le respect du préavis applicable si ce contrat est à durée indéterminée, sous réserve que le nouvel organisme assure des garanties équivalentes à celles mise en place aux termes des présentes.

## 6. GARANTIES

Les garanties proposées par le régime défini (obligatoires et éventuellement optionnelles), leurs modalités de mise en œuvre (déclaration, formalités...) ainsi que les limites et exclusions éventuelles, sont celles prévues par l'organisme assureur, selon documentation en annexe (descriptif des garanties). Ces garanties sont susceptibles d'évoluer, y compris dans le sens d'une réduction, ce qui donnera lieu conformément aux textes, à une information préalable des bénéficiaires principaux, concernant les nouvelles garanties applicables et la date d'effet de la modification.

Le service des prestations est opéré par l'organisme assureur et relève de sa seule responsabilité. L'employeur n'est tenu, à l'égard des bénéficiaires, qu'au seul paiement de la part de cotisations lui incombant. Par ailleurs, L'employeur ne pourra être tenu responsable d'un défaut de prise en charge résultant du non-respect des modalités de mise en œuvre incombant aux bénéficiaires, ou d'une exclusion de ces derniers du bénéfice des garanties, pour quelque cause que ce soit (hors le cas du défaut de paiement des cotisations incombant à l'employeur).

Par ailleurs, sous la responsabilité de l'organisme assureur, les garanties proposées respectent le cahier des charges des contrats responsables issues notamment des articles L871-1, L242-1, 8°, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale, et correspondent au moins aux conditions du panier minimum de soins tel que défini par l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Toute réforme ayant pour effet de modifier la définition ou les caractéristiques requises pour ces contrats, ou les conditions d'exonération sociale et fiscale ou de déductibilité, s'appliquera de plein droit au présent régime. Les garanties seront alors automatiquement adaptées, de telle sorte que le contrat souscrit répondra en permanence à l'ensemble de ces dispositions.

## 7. CONDITIONS FINANCIERES

Le financement du régime est assuré par des cotisations fixées par l'organisme assureur, qui sont à ce jour réparties comme suit \* :

Pour une Adhésion « isolée »

- 1,08% du PMSS, soit 43,25€ selon PMSS au 1<sup>er</sup>/01/2026

Pour une Adhésion « duo »

- 2,08% du PMSS, soit 83,30€ selon PMSS au 1<sup>er</sup>/01/2026

Pour une Adhésion « famille »

- 3,03% du PMSS, soit 121,35€ selon PMSS au 1<sup>er</sup>/01/2026

La part employeur se fera de la façon suivante :

Pour le salarié

- Pris en charge de 40€

Pour les ayants droits

- Pris en charge de 15€ pour le conjoint
- Pris en charge de 30€ / enfant

|                | Isolé   | Duo              |                  | Famille                   |                            |                                 |                   |                        |
|----------------|---------|------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------|------------------------|
| Bénéficiaires  | Salarié | Salarié Conjoint | Salarié 1 Enfant | Salarié Conjoint 1 Enfant | Salarié Conjoint 2 Enfants | Salarié Conjoint 3 Enfants et + | Salarié 2 Enfants | Salarié 3 Enfants et + |
| Taux           | 1,08%   | 2,08%            | 2,08%            | 3,03%                     | 3,03%                      | 3,03%                           | 3,03%             | 3,03%                  |
| Coût total     | 43,25€  | 83,30€           | 83,30€           | 121,35€                   | 121,35€                    | 121,35€                         | 121,35€           | 121,35€                |
| Part patronale | 40€     | 55€              | 70€              | 85€                       | 115€                       | 121,35€                         | 100€              | 121,35€                |
| Part salariale | 3,25€   | 28,30€           | 13,30€           | 36,35€                    | 6,35€                      | 0€                              | 21,35€            | 0€                     |

Avec PMSS : 4005€ au 1<sup>er</sup>/01/2026

\* Les informations spécifiées sont celles en vigueur à ce jour et sont susceptibles de modifications, lesquelles seront opposables aux bénéficiaires. En effet, le montant de la part patronale étant fixe, dans le respect des 50% de prise en charge employeur min pour le forfait isolé, toute évolution du montant des cotisations sera financée par le salarié, sans qu'il soit nécessaire de rédiger un avenant aux présentes.

## 8. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail pour quelque cause que ce soit, le bénéfice du régime sera maintenu si cette suspension donne lieu à un maintien intégral ou partiel de salaire, ou si le salarié perçoit

des indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (mutuelle, institution de prévoyance), ou si le salarié bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle y compris de longue durée, période de congé rémunéré par l'employeur : reclassement, mobilité...etc.).

L'employeur continuera à verser la contribution patronale pendant la période de maintien dans le régime de protection sociale complémentaire du bénéficiaire absent. De même, la part salariale de la contribution restera également due.

Dans les hypothèses non visées ci-dessus, le bénéficiaire pourra également continuer à bénéficier du régime s'il s'acquitte de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

Il est précisé à ce sujet qu'en cas de non-paiement des cotisations, paiement que le bénéficiaire devra adresser à l'entreprise dans la mesure où l'absence de maintien de salaire empêche tout prélèvement, le bénéfice du régime cessera.

#### **9. RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL - PORTABILITE**

En l'état actuel de la réglementation, en application de l'article L911-8 du Code de sécurité sociale, les salariés justifiant d'une rupture de leur contrat de travail (hors licenciement pour faute lourde) ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, sous réserve qu'ils se soient ouverts des droits pendant leur période de travail dans l'entreprise, et adhérant au régime, pourront bénéficier d'un maintien de garantie.

La durée du maintien de garantie est égale à la durée d'exécution du contrat de travail, appréciée en mois entiers, dans la limite prévue par la réglementation, soit actuellement 12 mois conformément à l'article L911-8 du Code de sécurité sociale.

L'employeur appliquera ces maintiens de garanties en prenant en compte les évolutions légales, réglementaires ou conventionnelles postérieures à l'entrée en vigueur du régime. Toute évolution des garanties pendant la période de maintien, sera opposable aux bénéficiaires.

#### **10. DATE D'EFFET - DUREE**

Le régime détaillé aux présentes s'appliquera à compter du 01/01/2026, ceci pour une durée indéterminée.

#### **11. SUIVI - REVISION**

Le régime détaillé aux présentes fera l'objet d'un suivi avec les représentants du personnel.

Les présentes ayant été prises conformément à la réglementation en vigueur à ce jour, toute modification ultérieure des normes obligatoires législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables en ce domaine, n'ayant pas pour effet d'en bouleverser l'économie, entraînera de plein droit la modification de toute disposition serait devenue non conforme, sauf à l'entreprise de modifier formellement ou de dénoncer ces dispositions.

Toute modification ayant quant à elle pour effet de bouleverser l'économie des dispositions adoptées, de remettre en cause les effets qu'a voulu initialement lui donner l'employeur, de créer des charges et obligations supplémentaires non envisagées à l'occasion de leur définition, ou d'en rendre l'application impossible, en entraînera la suspension, jusqu'à dénonciation et éventuellement prise d'une nouvelle décision tenant compte des modifications intervenues.

Il en sera de même en cas de remise en cause du contenu de la présente décision, notamment à l'occasion d'un contrôle administratif ou d'un différend judiciaire à l'issue duquel serait exigé le retrait ou la modification de telle ou telle disposition.

Par ailleurs, il est précisé que toute abstention de l'employeur à faire valoir l'une des dispositions ou les droits ou obligations qui s'y rapportent, ne saurait en aucun cas s'analyser en une renonciation à faire valoir ultérieurement ladite disposition ou lesdits droits et obligations.

Enfin, s'il s'avérait que l'une des dispositions pose une difficulté d'interprétation, une note explicative sera émise par l'employeur. L'interprétation sera donnée dans un sens conforme aux objectifs initialement recherchés à l'occasion de la définition des présentes.

## 12. DISPOSITIONS FINALES - FORMALITES

Les présentes n'ont donné lieu à aucune démarche préalable en l'absence de représentation du personnel.

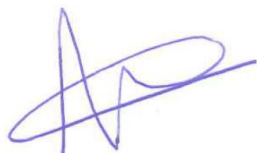
Elles seront portées à la connaissance du personnel par mail et sur les panneaux d'affichage.

Un exemplaire sera disponible pour consultation auprès du service du personnel ainsi que sur l'intranet.

Par ailleurs, les caractéristiques du régime défini, le cas échéant sous forme de document de synthèse, feront l'objet d'une notification individuelle aux intéressés (lors de la mise en application du régime, ou par la suite au moment de l'embauche), dans les formes suivantes, par remise en main propre ou envoi par courrier recommandé.

Fait à La Voulte sur Rhône, le 05/12/2025

Pour l'Employeur \*  
**Agnès PEREZ**



---

## ANNEXES

Conditions générales  
Descriptifs des garanties