# Introduction :

Ce document a pour vocation à aider les entreprises à réaliser des DUE modificatives, pour le risque santé, venant compléter l’acte initial afin d’ajouter un article concernant la suspension du contrat de travail indemnisé.

**Tout document réalisé à partir de ce fichier doit être considéré comme un modèle afin de vous aider dans le formalisme de la DUE. Ce document devra impérativement être relu et vérifié. Nous vous invitons à vous faire accompagner par votre conseil habituel (expert-comptable, service RH, avocat/juriste, …).**

Le modèle de DUE modificative se trouve à la suite de ce document. Il est composé de deux parties : la DUE modificative et une liste d’émargement en dernière page. Il vous faut remplacer dans l’ensemble du document les éléments inscrits en rouge par les informations relatives à votre entreprise.

Quelques indications pour vous aider à renseigner les éléments demandés :

* Le N° RCS (Registre du Commerce et des Sociétés) doit faire mention du code SIREN ainsi que de la ville d’inscription. Ce numéro est inscrit sur le KBIS de votre entreprise.

(Exemple : 123 456 789 R.C.S. Paris ou Paris B 123 456 789)

* Si vous avez un CSE (Comité Social et Economique) ou des représentants du personnel, ceux-ci doivent être informés de la mise en place de cette DUE modificative. Une phrase dans le modèle, y fait référence et il faudra choisir soit le CSE soit les représentants du personnel suivant la situation de votre entreprise. Si vous n’avez pas de représentant, toute la phrase en rouge doit être retirée.
* Le collège concerné doit correspondre à une catégorie objective de salariés tel que défini dans la loi et notamment aux articles 2.1 et 2.2 de l’ANI du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres.

Dans la plupart des cas, il faut donc inscrire l’une des trois propositions suivantes : cadres / non cadres / cadres et non cadres.

Après relecture et signature de la DUE modificative, celle-ci est à imprimer et à remettre en main propre à chacun de des salariés concernés contre signature de leur part sur la liste d’émargement qui devra être conservée par vos soins.

**DECISION UNILATERALE DE L’EMPLOYEUR COMPLETANT L’ACTE INITIAL DE MISE EN PLACE D’UN REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTE**

*Courrier remis en mains propres contre signature d’une liste d’émargement*

Madame, Monsieur,

Ce document vous est remis en application de l’article L.911-1 du code de la Sécurité sociale en vue de la modification d’un régime de remboursement de frais de soins de santé collectif et obligatoire selon les dispositions prévues par les articles L242-1 4° alinéa et R242-1-1 et suivants du code de la sécurité sociale, par l’entreprise <Nom de la société>, immatriculée sous le n° <Numéro RCS de l’entreprise>, dont le siège social est situé <Adresse du siège social>, représentée par <Civilité, nom et prénom du dirigeant> en qualité de <Fonction du dirigeant>.

**Préambule**

L'instruction interministérielle du 17 juin 2021 a modifié les conditions d'application du caractère collectif et obligatoire des régimes frais de santé et prévoyance en cas de suspension du contrat de travail rémunéré d'un salarié. Cette évolution réglementaire nécessite d’adapter le contenu de l’acte de mise en place initial du régime collectif et obligatoire de prévoyance

**Article 1 : Objet**

En vue d'améliorer significativement la protection sociale de son personnel, dans un esprit de mutualisation concernant le risque frais de soins de santé entre les salariés, la direction de <Nom de la société> a pris la décision en <Année de la DUE initiale> de mettre en place un régime d’un régime de remboursement de frais de soins de santé, un tel système de garantie permettant de bénéficier des tarifs collectifs, plus favorables, propres à l'assurance de groupe.

Afin de respecter les dispositions résultant du Bulletin Officiel de Sécurité Sociale (BOSS) reprenant notamment les dispositions de l’instruction ministérielle n°DSS/3C/5B/2021/127 du 17 juin 2021 relative au traitement social du financement patronal de la prévoyance complémentaire collective et obligatoire en cas de suspension du contrat de travail, la direction de <Nom de la société> a pris la décision, [après information et consultation *du comité social et économique / des représentant du personnel*,] de compléter la décision unilatérale de l’employeur initiale.

**Article 2 : Suspension du contrat de travail indemnisé**

Le bénéfice des garanties du régime d’un régime de remboursement de frais de soins de santé est maintenu au profit des salariés <Collège concerné>, inscrits à l’effectif, et dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient soit :

* d’un maintien, total ou partiel, de salaire ;
* 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 ;
* d’un revenu de remplacement versé par l’employeur. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle, ainsi que toute période de congé rémunéré par l’employeur (reclassement, mobilité…).

L’assiette à retenir pour le calcul des cotisations et des prestations demeure inchangée.

**Article 3 : Prise d’effet - Modification**

Les autres articles de la DUE initiale ne traitant pas de la suspension du contrat de travail indemnisé précitée dans l’article 2 précité demeurent inchangés et restent en vigueur.

L’engagement pris par l’entreprise de faire bénéficier les salariés concernés de ces garanties prend effet le 1er juillet 2022 pour une durée indéterminée

Nous restons naturellement à votre disposition pour toute autre précision. Pour la bonne forme, nous vous remercions d’apposer votre signature sur la liste d’émargement qui est mise à votre disposition, actant de la remise d’un écrit vous informant de cette décision unilatérale de l’employeur complétant l’acte initial de mise en place du régime collectif complémentaire obligatoire de remboursement de frais de soins de santé en vigueur.

Nous vous souhaitons bonne réception de la présente et vous prions d’agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos sentiments distingués.

Fait à <Ville>, le <Date>

<Civilité, nom et prénom du dirigeant>, <Fonction du dirigeant> (Cachet et signature)

**Tableau d’émargement : salariés ayant reçu copie de la décision unilatérale de l’employeur instituant un régime collectif complémentaire obligatoire de prévoyance couvrant le risque frais de soins de santé** **(Article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale)**

Cette liste d’émargement atteste de la remise par l'employeur, à chaque salarié **<Collège concerné>**, d’un écrit l'informant de la décision unilatérale de l’entreprise **<Nom de la société>**, immatriculée sous le n° **<Numéro RCS de l’entreprise>**, dont le siège social est situé **<Adresse du siège social>**, complétant l’acte initial de mise en place du régime collectif complémentaire obligatoire de remboursement de frais de soins de santé (Article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **Prénom** | **Date** | **Signature** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |