

DÉCISION UNILATERALE D26-011 RELATIVE AU RÉGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTÉ

Lettre remise par mail contre décharge à chaque salarié, en application de l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale

Après information et consultation du Comité Social et Economique, il a été décidé ce qui suit :

L'EPORA a mis en place à effet du 1^{er} juillet 2015 un régime collectif et obligatoire en matière de garanties « frais de santé », qui complète les prestations servies par le régime obligatoire de sécurité sociale.

A compter du 1^{er} septembre 2026, l'EPORA entend modifier certaines dispositions de ce régime.

La présente décision unilatérale a pour objet de modifier en conséquence la décision unilatérale du 18 mai 2015 instituant un régime de frais de santé et la décision unilatérale du 11 juin 2021 apportant des modifications de prise en charge.

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Economique a été informé et consulté préalablement à cette modification. Il sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.

Dans le cadre du présent avenant, certains articles de la décision unilatérale initiale du 18 mai 2015 et du 21 juin 2021 ont été modifiés.

Les caractéristiques essentielles et les modalités de fonctionnement de la couverture conclues initialement dans les décisions unilatérales précitées, incluant les modifications effectives au 1^{er} septembre 2026, sont rappelées et détaillées ci-après.

A titre informatif, le contrat collectif d'assurance est souscrit auprès de la Mutuelle AMELLIS.

Le régime frais de santé, financé en partie par l'employeur, a pour objet d'offrir aux salariés des prestations complémentaires à celles servies par le régime de base de la Sécurité Sociale, leur octroyant ainsi une meilleure couverture sociale.

Le présent régime et le contrat d'assurance y afférent sont mis en œuvre conformément aux prescriptions visant les contrats responsables, notamment les articles L. 871-1 et L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les articles 83, 1^o quater et 1001, 2^o bis du Code général des impôts.

Le respect de ces conditions permettra à chacun de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux :

- le bénéfice de la déduction fiscale, prévue à l'article 83, 1^o quater du Code général des impôts, qui permet de déduire du revenu imposable les cotisations versées aux régimes collectifs de complémentaire santé auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire, dans la limite d'un plafond, qui tient compte des versements du salarié et de l'employeur (*instruction fiscale DGI 5 F 15-05 du 25 novembre 2005*) ;
- le bénéfice de l'exonération de charges sociales (hors CSG/CRDS), prévue à l'article D.242-1 du code de la Sécurité sociale, pour les contributions patronales finançant des garanties collectives ayant pour objet le remboursement des frais de santé auxquelles le salarié est affilié à titre obligatoire (*décret du 9 janvier 2012 susvisé et sa circulaire d'application*).

Bénéficiaires

Le régime frais de santé couvre l'ensemble des salariés de l'EPORA, à l'exception des personnels fonctionnaires en détachement qui peuvent bénéficier d'un contrat labélisé, sans condition d'ancienneté, ainsi que leurs ayants droit, tels que définis dans les conditions particulières du contrat d'assurance.

L'adhésion revêt un caractère obligatoire depuis le 1er juillet 2015, date de mise en place du régime frais de santé au sein de l'EPORA, pour tous les salariés visés ci-dessus arrivés après cette date. Sous réserve de pouvoir justifier du bénéfice des dérogations prévues ci-après, l'ensemble des salariés visés par le régime frais de santé, ainsi que leurs ayants droit sont obligés de cotiser.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 susvisé et sa circulaire d'application, il est admis que certains salariés peuvent choisir de ne pas cotiser :

- L'adhésion au régime reste facultative, sans remise en cause du bénéfice de l'exclusion d'assiette, pour les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, **bénéficiaires de la CMU complémentaire** en application de l'article L. 861-3 ou **d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)** en application de l'article L. 863-1 et pour les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure.

Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à l'échéance du contrat individuel ou jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide pour la CMU-C et l'ACS.

- L'adhésion au régime reste facultative, sans remise en cause du bénéfice de l'exclusion d'assiette et quelle que soit leur date d'embauche :

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

- L'adhésion au régime reste facultative, sans remise en cause du bénéfice de l'exclusion d'assiette, pour les salariés, quelle que soit leur date d'embauche, qui bénéficient par ailleurs (*par exemple, dans le cadre d'un autre emploi*), y compris en tant qu'ayants droit (*par exemple, par le biais de son conjoint sous réserve du caractère obligatoire de l'adhésion des ayants droit*), d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 (NOR : ETSS1208891A) :

- dispositif de prévoyance complémentaire relevant du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du même code,
- contrat d'assurance de groupe dits « Madelin » issu de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'établissement individuelle,
- régime de fonctionnaires régi 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,
- régime des agents territoriaux régi par le décret n°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,
- régime local d'Alsace-Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale,
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946,
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

Le salarié pourra à tout moment revenir sur sa décision, et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son adhésion au régime. Dans ce cas, l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois qui suit la demande du salarié.

Dans ce cas, le salarié doit justifier de cette couverture chaque année en produisant tous documents justificatifs utiles.

Un salarié affilié au régime collectif et obligatoire de son établissement, qui se trouve couvert ultérieurement par un dispositif ci-dessus énuméré (ex : couverture par le biais du conjoint), peut faire valoir sa dispense d'adhésion au régime de son établissement auquel il adhérerait antérieurement.

A défaut de respecter les règles définies ci-dessus, le salarié sera automatiquement affilié au régime de frais de santé.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense écrite des salariés concernés.

Les ayants droit

Le régime prévoit une couverture obligatoire des ayants droit du salarié. Le salarié est tenu de déclarer ses ayants droit à l'organisme assureur dans les conditions prévues par le contrat.

Sont considérés comme ayant droit les personnes suivantes : conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, enfants tels que définis dans la notice d'information relative à la couverture frais de santé.

Par dérogation au caractère obligatoire de l'affiliation des ayants droit, et conformément aux dispositions de l'article D. 911-3 et R 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, le salarié peut, nonobstant l'existence d'ayant droit, opter pour une affiliation au régime en formule « isolée », à condition que ses ayants droit bénéficient, par ailleurs, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme aux dispositifs fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le salarié souhaitant être dispensé de l'affiliation de ses ayants droit à la formule famille obligatoire, pour opter pour une formule isolée, devra communiquer, chaque année, tout document justificatif attestant du maintien de la couverture de ses ayants droit.

Dans le cas particulier des couples travaillant dans le même établissement :

La couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit, en contrepartie d'une cotisation « famille ». Les contributions de l'employeur versées au bénéfice de ce couple sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les conditions prévues.

Chaque membre du couple pouvant être affilié séparément.

Financement du régime - cotisations

Le financement du régime frais de santé se fait par le biais d'une cotisation patronale et d'une cotisation salariale précomptée sur le bulletin de paie.

La répartition de ce financement se fait de la manière suivante :

Participation de l'Epورا à hauteur de 60% de la cotisation de base en formule isolée et 60% de la cotisation de base en formule famille quel que soit le niveau de formule choisi par le salarié.

Pour information, cotisation mensuelle à compter du : 1^{er} septembre 2026

Niveau 1 (base)	PMSS 2026 en €	Taux de cotisation TTC en %	Cotisation mensuelle en € TTC	Prise en charge EPORA (60% de la formule de base Isolé & Famille) au 1er sept 2026	Prise en charge salarié au 1er septembre 2026
Formule Isolée	4 005,00 €	1,55%	62,08 €	37,25 €	24,83 €
Formule Famille	4 005,00 €	4,36%	174,62 €	104,77 €	69,85 €

Niveau 2 (confort)	PMSS 2021 en €	Taux de cotisation TTC en %	Cotisation mensuelle en € TTC	Prise en charge EPORA (60% de la formule de base Isolé)	Prise en charge salarié au 1er juillet 2021
Formule Isolée	4 005,00 €	2,32%	92,92 €	37,25 €	55,67 €
Formule Famille	4 005,00 €	6,44%	257,92 €	104,77 €	153,15 €

Les cotisations évoluent chaque année en fonction de la variation du montant du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité Sociale) par contre le taux de base peut rester stable pendant la durée du marché. Le taux et les montants sont communiqués chaque année.

Il est expressément convenu que l'obligation de l'établissement, en application de la présente décision, se limite au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessus pour leurs montants et taux arrêtés à cette date.

Toute évolution ultérieure des cotisations, pour quelque cause que ce soit, sera répercutée entre l'employeur et les salariés dans les mêmes proportions que la répartition des cotisations fixée à l'article ci-dessus.

Garanties

En ce qui concerne la définition des garanties, il convient de se reporter au contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire conclu entre l'établissement et la mutuelle.

A titre indicatif, le tableau des garanties souscrites est joint à la présente.

Les garanties décrites dans le document annexé à la présente décision, à titre informatif, ne constituent en aucun cas, un engagement pour EPORA, qui n'est tenu, à l'égard de ses salariés, qu'au seul paiement des cotisations précisées ci-dessous.

Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties qui devront être conformes aux dispositions relatives aux contrats responsables.

❖ Maintien de la garantie pendant la suspension du contrat de travail du salarié

Conformément aux dispositions de l'article L.242-1 du Code de la Sécurité sociale et de la lettre-circulaire ACOSS 2008-14 du 22 janvier 2008 dont les dispositions sont reprises dans la circulaire n° DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, les garanties sont maintenues aux salariés dans les cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation. Lorsque pendant une période de suspension du contrat de travail, le

salarié bénéficie d'un maintien de salaire (total ou partiel) ou bien d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, les garanties prévues par le présent régime doivent être maintenues pendant toute la durée de suspension du contrat de travail indemnisée. La participation de l'employeur doit également être maintenue au profit du salarié pendant toute la durée de suspension du contrat de travail indemnisée (sauf maintien de garantie gratuit).

A contrario, l'employeur n'a pas d'obligation de maintenir le régime collectif obligatoire (sauf si le salarié s'acquitte de l'intégralité de la cotisation) ainsi que sa participation au profit des salariés en suspension de contrat de travail non indemnisée. Il peut s'agir des salariés absents pour des raisons autres que médicales (ex : congé parental, congé sans solde, congé sabbatique, etc.).

❖ **Maintien de la garantie après rupture du contrat de travail du salarié - portabilité des droits**

Conformément à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, le régime de frais de santé applicable dans l'entreprise est maintenu pour les salariés, en cas de cessation de leur 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 :

- 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. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts ;
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues ci-dessus.

Informations individuelle et collective

En qualité de souscripteur, l'EPORA remettra à chaque salarié et à tout nouvel embauché, une notice d'information rédigée par l'assureur résumant notamment les garanties et leurs modalités d'application. Les salariés de l'EPORA seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties.

Conformément à l'article R. 2312-22 du Code du travail, le Comité Social et Economique sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties.

En outre, chaque année, le Comité Social et Economique pourra avoir connaissance du rapport annuel de l'assureur sur les comptes de la convention d'assurance.

Pour la bonne règle, une copie de la présente décision a été remise en mains propres aux salariés contre émargement.

Date d'effet et durée de l'engagement unilatéral

La présente décision unilatérale prendra effet le 1er septembre 2026, pour une durée indéterminée.

Elle pourra 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.

L'établissement réexaminera le choix de l'organisme assureur à la fin du marché et en tout état de cause dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans à compter de la date d'effet de la présente décision.

La présente décision unilatérale de l'employeur prend effet à compter du 1^{er} septembre 2026.

Fait à Saint-Etienne, le 30/06/2026

Pour l'EPORA
Florence HILAIRE, agissant en qualité de Directrice Générale

A large, stylized handwritten signature in black ink, likely belonging to Florence HILAIRE, is written over the printed name and extends downwards and to the right.