

FOIRE AUX QUESTIONS SUR LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

CCN MISSIONS LOCALES ET PAIO

Mise à jour au 25 avril 2016 (selon la législation en vigueur et sous réserve des modifications de l'accord conventionnel frais de santé)

Sommaire des questions / réponses :

AUPRES DE QUI LES MISSIONS LOCALES DOIVENT-ELLES S'ADRESSER POUR LES QUESTIONS RELATIVES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE ?	3
PREMIERE PARTIE : INFORMATION GENERALE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DANS TOUTES LES ENTREPRISES.....	4
1 - A partir de quelle date la mutuelle est-elle obligatoire pour les entreprises ? (Rappel des obligations légales et calendrier de mise en conformité du contrat responsable / période transitoire).....	4
2- Est-ce-que la mutuelle est obligatoire pour tous les salariés des entreprises ? Que veut dire l'expression obligatoire et collective ?.....	4
3- Qu'est-ce qu'un panier de soins et une garantie ?	5
4- Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?	5
5- Qu'est-ce qu'une recommandation ?	5
6- Quels sont les avantages fiscaux et sociaux pour les employeurs et les salariés concernant la mise en place de la complémentaire santé ?	5
7- Comment doivent-ils faire pour en bénéficier ?	6
8- Quelles conséquences pour un employeur qui refuserait de mettre en place une mutuelle conformément aux dispositions légales et/ou aux dispositions conventionnelles ? A quelles sanctions s'expose un employeur dont le contrat complémentaire santé ne serait pas « responsable » ?.....	7
9- Quelles sont les obligations de l'employeur pour la mise en place de la complémentaire santé vis à vis des salariés et des représentants du personnel ?	7
DEUXIEME PARTIE : LES INFORMATIONS CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DANS LA BRANCHE DES ML ET PAIO.....	8
10- Quel employeur est concerné par l'accord complémentaire signé par les partenaires sociaux dans la branche des ML et PAIO le 15 octobre 2015?.....	8
11- Quel salarié est concerné par l'accord complémentaire signé par les partenaires sociaux dans la branche des ML et PAIO ?	8
12- Quel salarié peut être dispensé de la complémentaire santé issue de l'accord de branche ?8	
13- A quel formalisme doit répondre la demande de dispense du salarié ? Quel en est le contenu ?.....	9

14-	Les ayants droits du salarié d'une mission locale qui sont déjà couverts par la complémentaire santé du conjoint fonctionnaire peuvent-ils faire l'objet d'une dispense d'affiliation lorsqu'ils sont fonctionnaires ?	10
15-	Est-ce que le salarié peut conserver sa mutuelle personnelle (différente de la mutuelle du conjoint) ? Si oui jusqu'à quand ?	10
16-	Est-ce que le salarié peut bénéficier de la mutuelle de son conjoint sans être obligé de rejoindre celle mise en place par la mission locale?	10
17-	Est-ce qu'un engagement/décision unilatérale de l'employeur (DUE) mettant en place un régime frais de santé, antérieur à l'entrée en vigueur de l'accord frais de santé au 1 ^{er} janvier 2016, autorise une dispense d'affiliation au régime frais de santé ?	10
18-	Une DUE postérieure à l'accord frais de santé peut-elle dispenser d'affiliation les salariés qui ont été embauchés par la mission locale avant la mise en place de l'accord ?	10
19-	Quel(s) document(s) l'employeur doit remettre au salarié l'informant de la mise en place de la complémentaire santé ? Quand doivent-ils être remis ?	11
20-	Est-ce que le salarié peut conserver la mutuelle de son conjoint si cette dernière n'est pas obligatoire ?.....	11
21-	Est-ce que les enfants du salarié doivent être affiliés à la complémentaire santé de la mission locale s'ils étaient déjà affiliés à celle du conjoint en activité ?	11
22-	Comment détermine-t-on le rattachement d'un enfant au sens de la sécurité sociale ?	11
23-	Quelle est la définition du rattachement des enfants au sens de la législation fiscale ?	11
24-	Que doit faire l'employeur si un salarié refuse formellement de prendre la mutuelle obligatoire ?.....	12
25-	Quel est l'organisme recommandé dans la branche des ML et PAIO ?	12
26-	Que doit faire l'employeur qui a mis en place par un engagement unilatéral une mutuelle dans sa structure ? Doit-il dénoncer cet engagement unilatéral et appliquer l'accord de branche ? 12	
27-	Que doit faire l'employeur qui a conclu un accord collectif sur la mise en place de la complémentaire santé ?.....	12
28-	Modalités de mise en place d'un régime plus favorable que le régime de branche	13
29-	Une structure peut-elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties inférieures à la branche ?	13
30-	Une structure peut-elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties supérieures à la branche mais une cotisation plus élevée que celle de la branche ?	13
31-	Une structure peut-elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties supérieures à la branche mais une structure de cotisation différente de celle définie par la branche ?	14
32-	La structure peut-elle garder sa mutuelle si la cotisation famille n'est pas obligatoire ?....	14
33-	Que couvre la catégorie de cotisation « isolée » ?.....	14
34-	Quelle est la définition de la cotisation « famille au sens de la sécurité sociale » ?.....	14

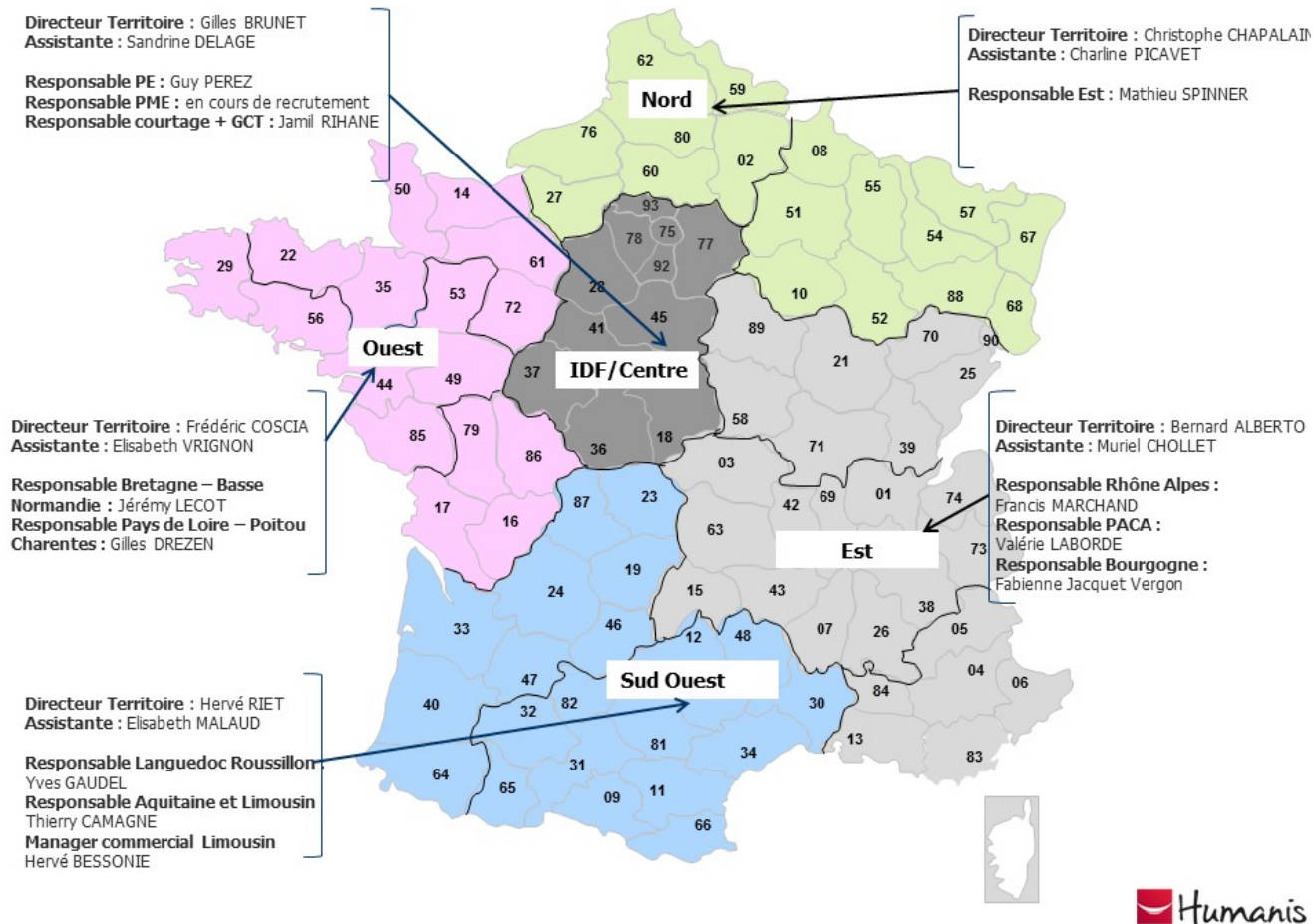
35-	Que couvre l'option facultative « conjoint non à charge » (au sens sécurité sociale)?	14
36-	Le conjoint du salarié de la mission locale a-t-il l'obligation d'adhérer à la complémentaire de la mission locale ?.....	14
37-	Un salarié d'une mission locale a-t-il le choix de se déclarer en isolé ou en famille ?.....	15
38-	Est-ce que la cotisation intègre les 2 % du fonds social ?	15
39-	La Mission Locale peut-elle reverser à Humanis les 2% du fonds social tout en contractant avec une autre complémentaire santé ?.....	15
40-	Est-ce que la participation pour la couverture « famille au sens sécurité sociale » peut être inférieure à 50 % de la cotisation totale ?.....	15
41-	Est-ce que la cotisation famille intègre la cotisation du salarié ou est ce qu'elle s'ajoute à la cotisation du salarié « isolé » ?	15
42-	Si l'employeur n'adhère pas au contrat surcomplémentaire collectif, cela signifie-t-il que les salariés ne peuvent pas y adhérer à titre individuel ?	15
43-	Si le salarié est en arrêt maladie, est ce que la cotisation est payée intégralement par l'employeur ou intégralement par le salarié ou 50/50 ?	16
44-	En cas de rupture du contrat de travail l'employeur doit-il proposer la portabilité au salarié ? Dans quel cas s'applique-t-elle ? Quand et comment ?.....	16
45-	Que se passe-t-il en cas de départ à la retraite ?	16
46-	Que se passe-t-il en cas d'invalidité ?	16
47-	Quand les employeurs recevront-ils les notices d'information pour les salariés et une plaquette destinée aux employeurs ? Seront-ils téléchargeables ?	16

AUPRES DE QUI LES MISSIONS LOCALES DOIVENT-ELLES S'ADRESSER POUR LES QUESTIONS RELATIVES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE ?

Les missions locales doivent s'adresser par ordre de priorité sur les points de contacts suivants :

- 1- Par email : reseaucommercialpoleccnrennes@humanis.com
- 2- N° Vert : 0 800 05 23 60 (appel au tarif d'un appel locale – inclus dans les forfaits téléphoniques) - Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 19h.
- 3- Directement auprès de la Direction territoriale d'HUMANIS compétente sur votre département :

Carte de France des Territoires Humanis



PREMIERE PARTIE : INFORMATION GENERALE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DANS TOUTES LES ENTREPRISES

1 - A partir de quelle date la mutuelle est-elle obligatoire pour les entreprises ? (Rappel des obligations légales et calendrier de mise en conformité du contrat responsable / période transitoire)

La loi sur la Sécurisation de l'Emploi dispose que les entreprises du secteur privé devront mettre en place une complémentaire santé **pour l'ensemble de leurs salariés au 1^{er} janvier 2016. Il n'y a pas de période transitoire, à l'exception du régime Alsace Moselle où la date d'effet est au 1er juillet 2016**

2- Est-ce-que la mutuelle est obligatoire pour tous les salariés des entreprises ? Que veut dire l'expression obligatoire et collective ?

Chaque mission locale doit mettre en place une complémentaire santé collective **pour l'ensemble des salariés qui doivent obligatoirement être affiliés au contrat.**

L'expression collective signifie que l'employeur doit mettre en place une couverture frais de santé en la négociant pour l'ensemble des salariés. Il a également la possibilité de mettre en place des régimes

différents selon les populations salariées de l'entreprise mais cette pratique est très strictement encadrée par un décret (n° 2012_25 du 9 janvier 2012) dit « catégories objectives ».

La notion d'obligation renvoie à la couverture obligatoire de l'ensemble des salariés, voire des ayants-droit définis dans l'accord de Branche des Missions Locales et PAIO, sauf cas de dispenses limités aux seules situations prévues par l'accord de branche et des cas de dispenses d'affiliation d'ordre public et sur demande expresse du(des) salarié(s) concerné(s).

3- Qu'est-ce qu'un panier de soins et une garantie ?

Le panier de soins est composé d'un ensemble de garanties qui correspondent chacune à une prestation remboursée par HUMANIS : optique, consultation de généralistes ou de spécialistes, pharmacie...

4- Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Il s'agit d'un contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application. La qualification de contrat responsable conditionne les exonérations fiscales et sociales prévues pour les contrats collectifs obligatoires.

5- Qu'est-ce qu'une recommandation ?

Les partenaires sociaux d'une convention collective peuvent faire le choix de recommander aux entreprises et salariés qui en dépendent un organisme assureur, à condition d'avoir respecté une procédure d'appel d'offre stricte.

Pour le réseau des missions locales, l'intérêt de choisir l'assureur recommandé est :

- De bénéficier de contrats pré négociés et respectant les critères d'un contrat responsable
- D'une garantie de maintien de taux pendant 3 ans jusqu'au 31 décembre 2018
- D'une facilité dans la mise en place juridique car l'accord conventionnel suffit pour justifier la mise en place d'un régime frais de santé au sein de la mission locale, sous réserve de la consultation du comité d'entreprise ou des délégués du personnel
- De permettre aux salariés d'accéder à des droits dits « non contributifs » sous la forme d'action sociale, de prise en charge d'une partie de la cotisation ou d'actions de prévention selon les orientations définies par les partenaires sociaux de votre branche. A contrario, si une mission locale ne choisit pas l'assureur recommandé, elle prive ses salariés des droits susmentionnés

6- Quels sont les avantages fiscaux et sociaux pour les employeurs et les salariés concernant la mise en place de la complémentaire santé ?

Particulièrement avantageux, le régime fiscal des contrats collectifs obligatoires responsables et solidaires permet de bénéficier :

- d'exonération des charges sociales pour la contribution versée par l'employeur en application de l'accord de branche ou d'un accord collectif plus favorable (dans la limite d'un certain plafond / cf. Question 9 ci-après),

- pour les travailleurs salariés, d'une déductibilité de leur part de cotisation pour le calcul de l'impôt sur le revenu (diminution en proportion du salaire net imposable).

- d'un taux sur la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance (TSA) au 1^{er} janvier 2016 de 13,27 % au lieu de 20,27 %.

7- Comment doivent-ils faire pour en bénéficier ?

Pour les employeurs :

Le décret du 9 janvier 2012 et le décret du 18 novembre 2014, définissent les modalités d'exonération de cotisations sociales sur les contributions patronales, dans le cadre du financement de la complémentaire de santé collective "responsable".

A condition que son régime d'entreprise respecte certaines conditions, un employeur peut bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux :

Les cotisations patronales qui financent la complémentaire santé collective ne sont pas soumises aux charges sociales (dans la limite de 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale(1) + 1,5 % du salaire annuel brut). Le total ne doit pas dépasser 12 % du plafond annuel de la Sécurité sociale *

- les cotisations salariales qui financent le régime sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu, dans la limite de 5% du plafond annuel de la Sécurité sociale auxquels s'ajoutent 2% du salaire annuel brut. Le total ne doit pas dépasser 16% du plafond annuel de la Sécurité sociale *
- les cotisations et primes des contrats d'assurance maladie sont exclues de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés,
- d'un taux de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance (TSA) de 13,27 %

* ces plafonds s'appliquent à l'ensemble des cotisations employeur « prévoyance » (décès + arrêt de travail + frais de santé)

Pour les salariés :

Pour les salariés, la complémentaire santé d'entreprise est souvent plus avantageuse qu'une complémentaire individuelle. Le coût des cotisations n'est pas proportionnel à leur âge, et il est généralement moins élevé, l'employeur prenant en charge au moins 50 % des cotisations du régime de base conventionnel.

Autre avantage non négligeable : la complémentaire santé collective propose au salarié de couvrir, selon les mêmes conditions, ses ayants droit (enfants mais aussi conjoint, partenaire lié par un PACS et sous certaines conditions le concubin).

Enfin, la cotisation payée par le salarié est déduite de son revenu imposable (sur le bulletin de salaire).

8- Quelles conséquences pour un employeur qui refuserait de mettre en place une mutuelle conformément aux dispositions légales et/ou aux dispositions conventionnelles ? A quelles sanctions s'expose un employeur dont le contrat complémentaire santé ne serait pas « responsable » ?

En l'absence de mise en place d'un **contrat santé collectif** obligatoire, l'entreprise s'expose à un contentieux juridique, mené soit par un salarié (devant les prud'hommes par exemple), soit par les représentants du personnel.

Le non-respect des règles de mise en place (caractère collectif et obligatoire), de souscription ou de dispenses d'adhésion peut également justifier un redressement en cas de contrôle de l'URSSAF si l'employeur a bénéficié des exonérations sociales prévues, de façon induue.

De plus, les entreprises souscrivant des contrats non responsables ne pourront plus bénéficier des avantages fiscaux et sociaux relatifs aux contrats collectifs et obligatoires.

9- Quelles sont les obligations de l'employeur pour la mise en place de la complémentaire santé vis à vis des salariés et des représentants du personnel ?

L'employeur a une obligation d'information des salariés pour la mise en place et la modification du régime complémentaire santé au sein de l'entreprise.

Cette disposition se traduit par :

- L'obligation de remettre aux salariés une notice d'information réalisée par l'assureur au moment de la mise en place ou de la modification du régime
- L'obligation d'informer et de consulter le comité d'entreprise ou à défaut les délégués du personnel en cas de mise en place ou de modification du régime.

Concrètement, l'employeur doit fournir au comité d'entreprise (CE) un exemplaire de la convention ou de l'accord collectif (c. trav. art. R. 2262-2). Il doit aussi afficher un avis comportant l'intitulé de la convention ou de l'accord applicable dans l'établissement, précisant que le document est tenu à la disposition des salariés sur le lieu de travail, ainsi que les modalités leur permettant de les consulter pendant leur temps de présence (c. trav. art. R. 2262-3).

DEUXIEME PARTIE : LES INFORMATIONS CONCERNANT LA MISE EN PLACE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE DANS LA BRANCHE DES ML ET PAIO

10- Quel employeur est concerné par l'accord complémentaire signé par les partenaires sociaux dans la branche des ML et PAIO le 15 octobre 2015?

L'accord complémentaire santé s'applique obligatoirement aux structures entrant dans le champ d'application de l'article 1-1 de la convention collective des missions locales et PAIO et adhérente à l'UNML qui est signataire de l'accord. Les structures non adhérentes à l'UNML ne devront s'y conformer de façon impérative qu'à compter de la publication au Journal Officiel de l'arrêté d'extension de l'accord.

11- Quel salarié est concerné par l'accord complémentaire signé par les partenaires sociaux dans la branche des ML et PAIO ?

L'ensemble des salariés des missions locales, quels que soient leur date d'embauche et leur composition familiale (famille au sens de la sécurité sociale) est concerné, a minima par le régime de base conventionnel prévu par l'accord, sous réserve des cas de dispenses prévus et des cas de dispenses d'affiliation d'ordre public.

12- Quel salarié peut être dispensé de la complémentaire santé issue de l'accord de branche ?

[Les cas de dispenses sont énumérés à l'article X1-3-2 de l'accord frais de santé du 15 octobre 2015.](#)

A ces cas s'ajoutent les cas de dispenses d'affiliation d'ordre public prévus par :

- L'article L.911-7 III du Code de la sécurité sociale qui concerne les salariés en CDD ou en contrats de missions dont la couverture frais de santé est d'une durée inférieure à trois mois ;
- L'article D.911-2 du Code de la Sécurité sociale qui concerne:
 - a) Les salariés bénéficiaires 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 jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide
 - b) Les salariés couverts 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 jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel

- c) Les salariés qui bénéficient, 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 ou l'autre des dispositifs suivants :
- Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1;
 - Dispositif de garanties prévu par le décret no 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 ou par le décret no 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
 - Contrats d'assurance de groupe issus de la loi no 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle
 - 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
 - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret no 46-1541 du 22 juin 1946. «Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés.

13- A quel formalisme doit répondre la demande de dispense du salarié ? Quel en est le contenu ?

L'employeur doit demander chaque année au salarié une déclaration sur l'honneur du salarié demandant sa dispense d'affiliation sauf pour les CDD inférieurs à 12 mois pour lesquels aucun justificatif n'est nécessaire.

Cette déclaration sur l'honneur doit préciser :

- Le cadre dans lequel elle est formulée (par exemple, le salarié demande à être dispensé car il bénéficie de l'aide à la complémentaire santé)
- La dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense (par exemple le nom de l'organisme assureur qui le couvre à titre obligatoire en tant qu'ayant droit s'il est dans ce cas de figure)
- Ou le cas échéant la date de la fin de ce droit s'il est borné (par exemple l'échéance du contrat individuel qu'il avait souscrit antérieurement à la mise en place du régime collectif dans la mission locale)
- [La circulaire de la direction de la Sécurité sociale du 29 décembre 2015](#) précise qu'il n'y a pas lieu de demander des justificatifs

Les documents communiqués par le salarié doivent être consignés dans le dossier du salarié en cas de contrôle de l'URSSAF.

14- Les ayants droits du salarié d'une mission locale qui sont déjà couverts par la complémentaire santé du conjoint fonctionnaire peuvent-ils faire l'objet d'une dispense d'affiliation lorsqu'ils sont fonctionnaires ?

Oui, sous réserve que la complémentaire santé du conjoint fonctionnaire relève bien du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics, même si les ayants droits sont couverts à titre facultatif.

15- Est-ce que le salarié peut conserver sa mutuelle personnelle (différente de la mutuelle du conjoint) ? Si oui jusqu'à quand ?

Oui, sans limitation de durée, mais il s'acquittera dans ce cas d'une cotisation individuelle en plus de celle payée au titre du régime obligatoire. Toutefois, la première année de la mise en place du contrat dans l'entreprise, le salarié couvert à titre individuel pourra s'exonérer de l'affiliation au contrat obligatoire jusqu'à l'échéance du contrat individuel frais de santé ou jusqu'à la date d'anniversaire de reconduction tacite du contrat ([Article XI-3.2 les dispenses d'adhésion](#)).

16- Est-ce que le salarié peut bénéficier de la mutuelle de son conjoint sans être obligé de rejoindre celle mise en place par la mission locale ?

Oui, mais uniquement si le contrat du conjoint actif (marié, pacsé, concubin) prévoit expressément la couverture OBLIGATOIRE du salarié sur la base d'une attestation sur l'honneur à fournir par ce dernier mentionnant sa couverture à titre OBLIGATOIRE en tant qu'ayant droit de son conjoint.

A défaut d'attestation sur l'honneur fournie chaque année, la mission locale risque un redressement en cas de contrôle URSSAF.

17- Est-ce qu'un engagement/décision unilatérale de l'employeur (DUE) mettant en place un régime frais de santé, antérieur à l'entrée en vigueur de l'accord frais de santé au 1^{er} janvier 2016, autorise une dispense d'affiliation au régime frais de santé ?

Non, tous les salariés doivent obligatoirement, à l'exception des cas de dispenses être affiliés au socle de base conventionnelle du régime prévue par l'accord de branche.

18- Une DUE postérieure à l'accord frais de santé peut-elle dispenser d'affiliation les salariés qui ont été embauchés par la mission locale avant la mise en place de l'accord ?

Une DUE postérieure à l'accord frais de santé ne peut pas avoir pour effet de dispenser d'affiliation au socle de base conventionnelle les salariés embauchés par la mission locale, avant la mise en place de l'accord.

La DUE peut uniquement avoir pour effet de dispenser d'affiliation les salariés embauchés avant la mise en place de la complémentaire santé à l'**option facultative rendue obligatoire par l'employeur** au sein de la mission locale.

19- Quel(s) document(s) l'employeur doit remettre au salarié l'informant de la mise en place de la complémentaire santé ? Quand doivent-ils être remis ?

Une notice d'information réalisée par l'organisme assureur doit obligatoirement être remise par l'employeur au moment de la date effective de l'affiliation du salarié au régime frais de santé, au plus tard au 1^{er} janvier 2016 et lors de l'embauche des nouveaux arrivants.

Il est fortement conseillé à l'employeur de remettre le document contre décharge du salarié (feuillelet à signer et à détacher, prévu dans la [notice d'information téléchargeable sur le site accords de branches d'HUMANIS](#)).

20- Est-ce que le salarié peut conserver la mutuelle de son conjoint si cette dernière n'est pas obligatoire ?

Dans cette hypothèse le salarié peut mettre fin à son affiliation à la couverture facultative de son conjoint, pour rejoindre le régime complémentaire santé de la mission locale.

Nb : toutefois, il peut aussi choisir de cumuler la couverture obligatoire CCN mission locales et la couverture facultative dont il bénéficie par son conjoint, moyennant le paiement d'une double cotisation car l'affiliation au socle de base conventionnelle est obligatoire.

21- Est-ce que les enfants du salarié doivent être affiliés à la complémentaire santé de la mission locale s'ils étaient déjà affiliés à celle du conjoint en activité ?

Les enfants qui sont à la charge du salarié au sens de la sécurité sociale ou de la législation fiscale doivent être affiliés à la complémentaire santé.

22- Comment détermine-t-on le rattachement d'un enfant au sens de la sécurité sociale ?

Pour le rattachement au sens de la sécurité sociale, une Attestation Carte Vitale fournie par la CPAM fait foi.

23- Quelle est la définition du rattachement des enfants au sens de la législation fiscale ?

Cela signifie que les enfants sont rattachés fiscalement au foyer fiscal du salarié de la mission locale et donc qu'ils figurent sur sa déclaration de revenus.

24- Que doit faire l'employeur si un salarié refuse formellement de prendre la mutuelle obligatoire ?

L'article XI-3.1 c) de l'accord complémentaire santé dispose que le salarié ne peut s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations, applicable en principe sur le socle de base conventionnelle. A défaut la mission locale s'expose à un redressement URSSAF sur l'ensemble du régime.

25- Quel est l'organisme recommandé dans la branche des ML et PAIO ?

HUMANIS Prévoyance est l'organisme unique recommandé par la branche des missions locales PAIO en raison notamment des avantages présentés par :

- Des tarifs et un régime frais de santé pré négociés pour les missions locales
- L'interlocution unique pour les régimes prévoyance et frais de santé

26- Que doit faire l'employeur qui a mis en place par un engagement unilatéral une mutuelle dans sa structure ? Doit-il dénoncer cet engagement unilatéral et appliquer l'accord de branche ?

L'accord conventionnel prime sur les décisions unilatérales antérieures portant sur les frais de santé.

Deux cas de figures se présentent :

- Si la décision unilatérale de l'employeur est plus favorable que l'accord de branche, celle-ci peut être maintenue à condition que les garanties assurées couvrent les mêmes prestations à un niveau supérieur ou égal à celles définies dans l'accord de branche : garantie par garantie, au niveau de la prise en charge employeur et au niveau de la structure de cotisation isolé/famille au sens sécurité sociale.
- Si la décision unilatérale de l'employeur est moins favorable que l'accord de branche, par précaution, il est préférable de la dénoncer bien que l'accord conventionnel sur les frais de santé s'applique de plein droit au sein de la mission locale.

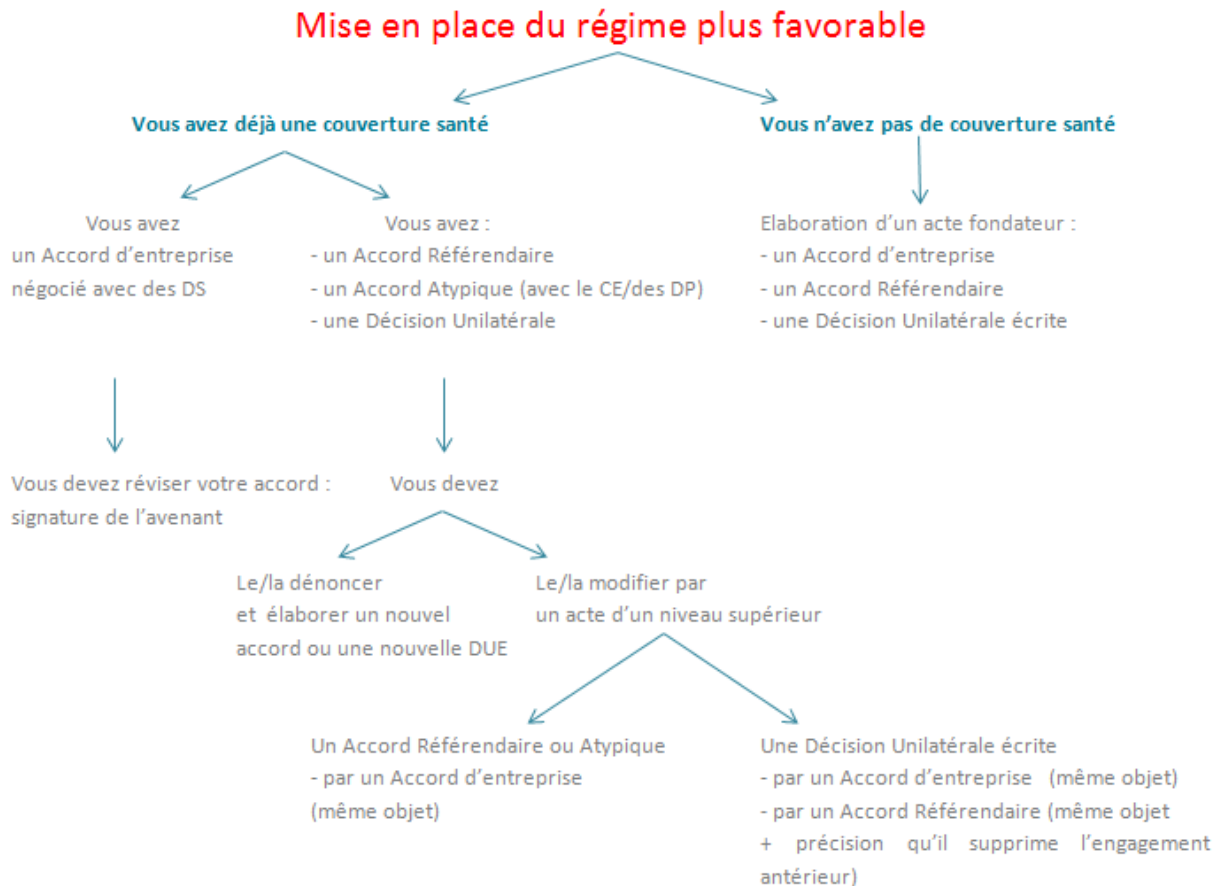
27- Que doit faire l'employeur qui a conclu un accord collectif sur la mise en place de la complémentaire santé ?

L'employeur doit vérifier que :

- Son contrat est responsable
- Conforme aux dispositions rendues obligatoires par l'accord frais de santé de branche (garantie par garantie, au niveau de la prise en charge employeur et au niveau de la structure de cotisation isolé/famille au sens sécurité sociale...).

A défaut, l'accord doit être mis en conformité.

28- Modalités de mise en place d'un régime plus favorable que le régime de branche



29- Une structure peut-elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties inférieures à la branche ?

Non, la mission locale doit à la fois respecter la participation minimale de l'employeur aux frais de santé des salariés prévue par la convention collective, les garanties minimales « ligne par ligne » prévues par l'accord frais de santé, ainsi que la structure de cotisation isolé/famille au sens sécurité sociale prévue par le régime de branche.

L'accord doit être mis à en conformité en cas de non-respect de l'une de ses dispositions dès le 1^{er} janvier 2016. A défaut, la mission locale s'expose à un redressement des URSSAF en cas de contrôle.

30- Une structure peut-elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties supérieures à la branche mais une cotisation plus élevée que celle de la branche ?

Oui, sous réserve que le pourcentage minimum de la participation de l'employeur aux frais de santé du salarié soit respecté.

31- Une structure peut- elle garder sa mutuelle si cette dernière a des garanties supérieures à la branche mais une structure de cotisation différente de celle définie par la branche ?

La structure de cotisation isolé/famille au sens sécurité sociale doit également être respectée. Par exception, le cas d'une mutuelle déjà exprimée en cotisation uniforme famille qui couvre d'office et à titre obligatoire l'ensemble des salariés et leurs familles, doit être considéré comme plus favorable que la structure prévue par l'accord de branche et donc conforme.

32- La structure peut-elle garder sa mutuelle si la cotisation famille n'est pas obligatoire ?

Non, car cette disposition est impérative dans l'accord de branche. L'employeur risquerait un redressement en cas de contrôle URSSAF et s'expose à un risque prudhommal.

33- Que couvre la catégorie de cotisation « isolée » ?

Cette catégorie concerne le salarié célibataire, veuf, divorcé, séparé de corps, sans enfants à charge (au sens fiscal et social) ou dont le conjoint n'est pas à charge au sens de la sécurité sociale (exerce une activité professionnelle).

34- Quelle est la définition de la cotisation « famille au sens de la sécurité sociale » ?

Cette catégorie de cotisation concerne :

- Le salarié en couple marié, concubin, pacsé avec un conjoint à charge au sens de la sécurité sociale (a priori sans activité professionnelle) sans ou avec un ou plusieurs enfants à charge
- Le salarié célibataire, veuf, divorcé ou séparé de corps avec un ou plusieurs enfants à charge
Ces ayants droits doivent obligatoirement être affiliés au contrat.
Si les enfants figurent sur l'attestation Carte Vitale émise par la CPAM, ils sont objectivement rattachés au sens de la Sécurité Sociale au salarié et doivent donc être affiliés au contrat et cotisé en « famille au sens sécurité sociale»

35- Que couvre l'option facultative « conjoint non à charge » (au sens sécurité sociale)?

Elle couvre le conjoint qui n'étant pas couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant-droit du participant, bénéficie des prestations du régime de la Sécurité sociale sous son propre numéro.

36- Le conjoint du salarié de la mission locale a-t-il l'obligation d'adhérer à la complémentaire de la mission locale ?

Si Le conjoint n'est pas à charge au sens de la sécurité sociale, comme prévue par l'accord frais de santé, ce dernier n'a pas l'obligation d'être affilié à la complémentaire santé de la mission locale.

Néanmoins, si le conjoint non à charge souhaite être affilié à la complémentaire santé de la mission locale, le salarié peut demander son affiliation à l'option conjoint facultatif prévu dans l'accord frais de santé.

37- Un salarié d'une mission locale a-t-il le choix de se déclarer en isolé ou en famille ?

Non, la structure de cotisation s'impose au salarié en fonction de sa situation familiale réelle (au sens de la sécurité sociale pour le conjoint). Il n'a pas le choix du type de cotisation.

38- Est-ce que la cotisation intègre les 2 % du fonds social ?

Oui, c'est l'un des avantages non négligeable de la couverture auprès d'HUMANIS Prévoyance.

39- La Mission Locale peut-elle reverser à Humanis les 2% du fonds social tout en contractant avec une autre complémentaire santé ?

Non, les 2% seront collectés par l'autre organisme assureur et ne peuvent pas être reversés à HUMANIS. L'organisme assureur non recommandé devra impérativement se conformer à « l'article XI-9 Degré élevé de solidarité » et garantir par écrit qu'il satisfait par écrit aux obligations conventionnelles prescrites.

40- Est-ce que la participation pour la couverture « famille au sens sécurité sociale » peut être inférieure à 50 % de la cotisation totale ?

Non, l'obligation de financement patronal doit être au moins égale à 50% de la couverture obligatoire Isolée ou Famille au sens sécurité sociale au sein de la mission locale (base conventionnelle + une éventuelle option rendue obligatoire pour l'ensemble des salariés) conformément à l'avenant 58 signé par les partenaires sociaux.

41- Est-ce que la cotisation famille intègre la cotisation du salarié ou est ce qu'elle s'ajoute à la cotisation du salarié « isolé » ?

La cotisation « famille » intègre déjà la cotisation du salarié « isolé ».

42- Si l'employeur n'adhère pas au contrat surcomplémentaire collectif, cela signifie-t-il que les salariés ne peuvent pas y adhérer à titre individuel ?

L'employeur peut décider de rendre obligatoire ou non l'option surcomplémentaire. A défaut, les salariés peuvent y adhérer à titre individuel, la prise en charge sera alors intégralement prélevée sur le compte bancaire des salariés et sans participation de l'employeur.

43- Si le salarié est en arrêt maladie, est ce que la cotisation est payée intégralement par l'employeur ou intégralement par le salarié ou 50/50 ?

Voir réponse à [l'article XI-4.1 de l'accord frais de santé](#) selon le cas de figure.

44- En cas de rupture du contrat de travail l'employeur doit-il proposer la portabilité au salarié ? Dans quel cas s'applique-t-elle ? Quand et comment ?

Voir réponse à [l'article XI-4.2 de l'accord frais de santé](#) selon le cas de figure.

45- Que se passe-t-il en cas de départ à la retraite ?

Voir réponse à [l'article XI-4.3 de l'accord frais de santé](#).

L'employeur doit impérativement et sans délai prévenir l'organisme assureur lorsqu'un salarié sort des effectifs de la mission locale.

46- Que se passe-t-il en cas d'invalidité ?

Voir réponse à l'article XI-4.3 de l'accord frais de santé pour les invalides dont le contrat de travail est rompu. Pour les invalides dont le contrat de travail est suspendu avec un maintien total ou partiel de salaire, voir réponse à [l'article XI-4.1 de l'accord frais de santé](#).

47- Quand les employeurs recevront-ils les notices d'information pour les salariés et une plaquette destinée aux employeurs ? Seront-ils téléchargeables ?

Les notices d'information légales sont téléchargeables depuis le 20 novembre 2015 sur le [site internet HUMANIS dédié aux accords de branche](#) et doivent être remises aux salariés, contre décharge, avant le 1er janvier 2016.