

Modèle de décision unilatérale de l'employeur : frais de santé

Notice d'utilisation, à supprimer avant diffusion

À quoi sert ce modèle. La décision unilatérale de l'employeur (DUE) est l'acte écrit par lequel une entreprise met en place sa mutuelle collective et obligatoire lorsqu'elle ne passe ni par un accord collectif ni par un référendum (article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale). C'est la première pièce demandée lors d'un contrôle Urssaf : de son contenu et de la preuve de sa remise dépend l'exonération de cotisations sur la part patronale.

Six points à vérifier avant de signer

- 1. La convention collective.** Garanties minimales, part patronale, cotisation imposée, organisme recommandé : la DUE ne peut pas être moins favorable que la branche.
- 2. Les bénéficiaires.** « Ensemble du personnel » par défaut. Toute catégorie doit répondre à l'article R. 242-1-1, et une couverture santé doit exister pour les autres salariés. Aucune condition d'ancienneté n'est admise en frais de santé.
- 3. Les dispenses.** Les dispenses de droit s'appliquent même si l'acte n'en dit rien. Les dispenses facultatives (article 4.2) ne jouent que si elles sont écrites : ne gardez que celles que l'entreprise accepte.
- 4. Le financement.** Au moins 50 % à la charge de l'employeur, ou davantage si la convention le prévoit. La clause 6.3 évite de refaire une DUE à chaque évolution de tarif.
- 5. Les dates.** La décision est datée et signée avant la date d'effet du régime.
- 6. La preuve de remise.** Un exemplaire est remis à chaque salarié, avec la notice de l'organisme assureur, contre émargement. Utilisez la feuille d'émargement BL ASSUR, disponible dans la même bibliothèque.

Comment compléter le document

- Les mentions **[entre crochets, surlignées]** sont à renseigner ou à adapter.
- Les paragraphes en italique précédés du mot « Option » sont à conserver ou à supprimer selon le choix de l'entreprise.
- Supprimez cette notice, l'en-tête et le pied de page, puis reportez le texte sur le papier à en-tête de l'entreprise.
- Pour un régime de prévoyance (décès, incapacité, invalidité), utilisez un acte distinct : les règles de bénéficiaires, d'ancienneté et de dispense ne sont pas les mêmes.

BL ASSUR rédige et personnalise gratuitement la DUE de ses clients, vérifie la conformité du régime à la convention collective et fournit la notice, l'émargement et les formulaires de dispense. Contact : 01 86 90 08 99, bl-assur.fr.

Modèle vérifié le 17 septembre 2026. Textes : Code de la sécurité sociale, art. L. 911-1, L. 911-7, L. 911-8, L. 912-2, D. 911-2 à D. 911-6, R. 242-1-1 à R. 242-1-6 ; loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, art. 4, 11 et 12.

Ce modèle est fourni à titre d'information. Il doit être adapté à la convention collective, au contrat d'assurance et à la situation de l'entreprise, et ne remplace pas un conseil personnalisé. Guides, autres modèles et annuaire des conventions : bl-assur.fr/conventions-collectives-mutuelle-prevoyance/

Décision unilatérale de l'employeur

instituant un régime collectif et obligatoire de remboursement de frais de santé

[Raison sociale], [forme juridique] au capital de [montant] €, dont le siège social est situé [adresse], immatriculée au registre du commerce et des sociétés de [ville] sous le numéro [SIREN], représentée par [prénom et nom], en qualité de [fonction], ci-après « l'entreprise ».

Convention collective appliquée : [intitulé de la convention] (IDCC [numéro]).

Préambule

L'entreprise a décidé de faire bénéficier son personnel d'une couverture collective et obligatoire de remboursement des frais de santé, en complément des prestations de la sécurité sociale.

La présente décision est prise en application de l'article L. 911-1 du Code de la sécurité sociale. Elle respecte la couverture minimale prévue aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du même code, [les dispositions de la convention collective précitée relatives aux frais de santé] et le cahier des charges des contrats responsables (articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2).

| **Option.** Le comité social et économique a été informé et consulté sur le projet le [date].

Article 1. Objet et date d'effet

La présente décision institue un régime de remboursement de frais de santé, en désigne les bénéficiaires et fixe les conditions d'adhésion, le financement et les modalités d'information des salariés. Elle prend effet le [date d'effet].

Article 2. Bénéficiaires

Le régime bénéficie à l'ensemble des salariés de l'entreprise, sans condition d'ancienneté et quelle que soit la nature de leur contrat de travail.

| **Option.** Si le régime est réservé à une catégorie : le régime bénéficie aux salariés relevant des articles 2.1 et 2.2 de l'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres [ou : aux salariés ne relevant pas de ces articles], catégorie définie conformément à l'article R. 242-1-1 du Code de la sécurité sociale. Les autres salariés bénéficient d'une couverture santé instituée par un acte distinct.

L'adhésion des ayants droit du salarié, tels que définis par le contrat d'assurance, est [facultative, la cotisation correspondante étant à la charge exclusive du salarié] [ou : obligatoire].

Article 3. Caractère obligatoire de l'adhésion

L'adhésion au régime est obligatoire pour tous les salariés bénéficiaires, présents et futurs, sous réserve des dispenses prévues à l'article 4. Elle s'impose dans les relations individuelles de travail : les salariés ne peuvent pas s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisation.

Conformément à l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les salariés présents dans l'entreprise à la date de mise en place du régime peuvent refuser d'y adhérer dès lors qu'une cotisation est mise à leur charge. Ce refus est exprimé par écrit.

Article 4. Dispenses d'adhésion

4.1 Dispenses de droit. Peuvent se dispenser d'adhérer, à leur initiative et quelle que soit leur date d'embauche, les salariés placés dans l'un des cas prévus par les articles L. 911-7 (III) et D. 911-2 à D. 911-6 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

- les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, jusqu'à la date à laquelle ils cessent d'en bénéficier ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime ou de leur embauche si elle est postérieure, jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés qui bénéficient par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi dans le cadre de l'un des dispositifs énumérés à l'article D. 911-2 (régime collectif et obligatoire d'une autre entreprise, régime local d'Alsace-Moselle, régime des industries électriques et gazières, protection sociale complémentaire de la fonction publique, contrat d'assurance de groupe dit « Madelin ») ;
- les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission dont la durée de la couverture collective obligatoire est inférieure à trois mois, s'ils justifient d'une couverture individuelle responsable.

4.2 Dispenses facultatives retenues par l'entreprise. En application de l'article R. 242-1-6 du Code de la sécurité sociale, peuvent en outre se dispenser d'adhérer, à leur initiative **[conserver les cas retenus, supprimer les autres]** :

- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, s'ils justifient par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés embauchés avant la mise en place du régime **[cas utile lorsque l'entreprise finance la totalité de la cotisation, l'article 11 de la loi du 31 décembre 1989 ne s'appliquant pas]**.

4.3 Formalités. Toute dispense est demandée par écrit par le salarié, au moment de l'embauche, de la mise en place du régime ou de la prise d'effet de la couverture invoquée. La demande mentionne que le salarié a été préalablement informé par l'entreprise des conséquences de son choix ; elle est accompagnée du justificatif correspondant. Le salarié dispensé au titre d'une couverture dont il bénéficie par ailleurs en justifie chaque année. À défaut de demande écrite ou de justificatif, et dès que les conditions de la dispense cessent d'être réunies, le salarié est affilié au régime. L'entreprise conserve les demandes et les justificatifs.

Article 5. Garanties

Les garanties, leurs niveaux et leurs conditions de prise en charge sont définis par le contrat d'assurance souscrit par l'entreprise et résumés dans le tableau joint en annexe 1. Elles sont au moins égales à la couverture minimale légale **[et aux garanties imposées par la convention collective]**. Le contrat est solidaire et responsable.

L'engagement de l'entreprise porte sur le seul paiement de sa part de cotisations. Le service des prestations relève de la seule responsabilité de l'organisme assureur.

Article 6. Cotisations

6.1 Montant. À la date d'effet, la cotisation mensuelle du salarié seul s'élève à **[montant en euros, ou taux en % du plafond mensuel de la sécurité sociale]**. **[Préciser la structure tarifaire si elle diffère : salarié seul, famille, adulte, enfant.]**

6.2 Répartition. La cotisation est prise en charge à hauteur de **[50]** % par l'entreprise et de **[50]** % par le salarié. La part de l'entreprise ne peut être inférieure à 50 % de la cotisation correspondant à la couverture obligatoire du salarié **[ni à la part fixée par la convention collective]**. La quote-part du salarié est précomptée chaque mois sur son bulletin de paie.

6.3 Évolution. Les évolutions ultérieures de la cotisation, quelle qu'en soit la cause, sont réparties entre l'entreprise et les salariés dans les mêmes proportions, sans qu'il soit nécessaire de modifier la présente décision.

***Option.** 6.4 Couvertures facultatives. Les cotisations correspondant à l'extension facultative de la couverture aux ayants droit, ou à des options souscrites par le salarié, sont à sa charge exclusive.*

Article 7. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice du régime est maintenu, avec la participation de l'entreprise, au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, pour la période au titre de laquelle ils bénéficient d'un maintien total ou partiel de salaire, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur (activité partielle, activité partielle de longue durée, congé de reclassement, congé de mobilité).

***Option.** Dans les autres cas de suspension, le salarié peut demander le maintien de sa couverture en acquittant la totalité de la cotisation, dans les conditions prévues par le contrat d'assurance.*

Article 8. Rupture du contrat de travail

Les anciens salariés dont la rupture du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvre droit à une prise en charge par l'assurance chômage bénéficient du maintien des garanties à titre gratuit dans les conditions de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale : pendant leur période d'indemnisation, pour une durée égale à celle de leur dernier contrat de travail (ou de leurs derniers contrats consécutifs dans l'entreprise), dans la limite de douze mois. L'entreprise signale ce maintien dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat.

Les anciens salariés mentionnés à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989 peuvent en outre demander à l'organisme assureur le maintien d'une couverture à titre individuel.

Article 9. Information des salariés

La présente décision est remise à chaque salarié concerné, ainsi qu'à tout nouvel embauché, contre émargement ou par tout moyen conférant date certaine. L'entreprise remet également à chaque salarié la notice d'information établie par l'organisme assureur, puis toute notice modificative (article 12 de la loi du 31 décembre 1989).

Article 10. Organisme assureur

Le régime est assuré par un organisme habilité, choisi par l'entreprise. À titre d'information, le contrat est souscrit, à la date de la présente décision, auprès de **[nom de l'organisme assureur]**. Un changement d'organisme assureur, à garanties et financement inchangés, ne constitue pas une modification de la présente décision. Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur est réexaminé au moins tous les cinq ans.

Article 11. Durée, modification et dénonciation

La présente décision est prise pour une durée indéterminée. Elle peut être modifiée ou dénoncée par l'entreprise après information des représentants du personnel s'il en existe, information individuelle et écrite de chaque salarié concerné, et respect d'un délai de prévenance suffisant, fixé à **[trois]** mois. En cas d'évolution de la législation, de la réglementation ou de la convention collective, le régime est adapté en conséquence.

Fait à **[ville]**, le **[date]**, en **[nombre]** exemplaires.

Pour l'entreprise : **[prénom, nom et qualité du signataire]**

Signature et cachet

Annexe 1. Tableau des garanties remis par l'organisme assureur. **Annexe 2.** Feuille d'émargement de remise aux salariés.