L'ESSENTIEL

2017 du contrat collectif



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité





Mathieu VIDAL, directeur du Refuge Mutualiste Aveyronnais

2016, année de mise en place du contrat collectif obligatoire en entreprise (loi ANI), a été l'occasion pour les patrons des TPE et PME de se confronter au monde de la complémentaire santé obligatoire et de ses textes législatifs et réglementaires relativement complexes. Après une année auprès du prestataire que vous avez choisi, quel constat faites-vous de votre contrat collectif obligatoire ? Quelles cotisations pour quelles prestations en 2017 ? Quelle relation entre l'entreprise et votre mutuelle (ou assureur) ? Des TPE et PME locales, voire régionales, nous ont fait confiance en 2016 pour assurer cette couverture complémentaire obligatoire. En tant que dirigeant d'une PMM (Petite et moyenne mutuelle), nous partageons avec vous un certain nombre de valeurs et problématiques liées à la taille de nos entreprises, à notre pertinence économique et sociale mais aussi à notre ancrage territorial qui fait de nous des acteurs de proximité dans l'assurance complémentaire santé et la prévoyance individuelle comme collective. Sous l'égide de Code de la mutualité, notre mutuelle est une société de personnes intégrée à l'Économie sociale et solidaire. La mutuelle appartient à ses adhérents et notre fonctionnement démocratique est l'assurance d'une bonne gouvernance et d'une gestion saine. Le directeur et les salariés assurent le fonctionnement et la gestion de notre mutuelle sous le contrôle du conseil d'administration composé d'un président et d'administrateurs bénévoles. Les assemblées générales (au minimum une par an) sont l'occasion pour notre gouvernance de rendre des comptes à nos adhérents sur les contraintes réglementaires et financières imposées, sur les résultats financiers de l'année écoulée et de fixer les engagements d'accompagnement, de prévention et d'amélioration de la couverture santé.

> Solidité financière

La complémentaire santé fait partie des professions très réglementées par le ministère de la santé, l'ACPR (le gendarme de l'assurance) et les services fiscaux

> Efficacité

Les administrateurs comme les salariés de notre mutuelle sont continuellement formés pour répondre aux exigences techniques, réglementaires et comptables de plus en plus complexes et souvent régies par le droit européen. Nous assurons le tiers payant, les prises en charge hospitalières et autres et le conventionnement par la mise en place d'outils informatiques et de processus de validation rapides et sécurisés.

> Réactivité

Notre petite taille est un atout pour répondre rapidement à des problématiques liées à l'assurance santé, la prévoyance, la prévention et l'assistance. Notre fonctionnement hiérarchique direct et cohérent nous facilite cette réactivité.

> Proximité

C'est de loin la caractéristique majeure de notre mutuelle. Notre proximité n'est pas artificielle. A la différence des gros organismes assurantiels, paritaires ou mutualistes, qui dissocient les équipes commerciales des équipes de gestion et vous confrontent à la dure réalité des plateformes téléphoniques, notre mutuelle vous offrira des interlocuteurs directs à même de vous accompagner dans la vie de votre contrat d'entreprise et l'adapter aux spécificités locales.

L'essentiel du contrat collectif vous est offert par votre mutuelle de proximité. Il répond à vos principales interrogations. Nous sommes à votre disposition pour vous accompagner et répondre à toute question relative au contrat collectif santé obligatoire au sein de votre entreprise (coordonnées au dos de ce livret).

LE CONTEXTE DU CONTRAT COLLECTIF

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, repris dans la loi du 14 juin 2013, prévoit la généralisation de la complémentaire santé collective obligatoire pour tous les salariés du privé et l'amélioration de la portabilité des couvertures santé et prévoyance des salariés sans emploi pour des causes multiples. **Cette généralisation est effective pour toutes les entreprises quelles que soient leur taille depuis le 1^{er} janvier 2016**.

Trois périodes balisent cette mise en place :

- > **Du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2014 :** négociations dans les branches professionnelles. Une période mise à mal par les décisions du Conseil Constitutionnel d'invalider les clauses de désignation (13 juin 2014) et les clauses de recommandation avec sanction fiscale (augmentation du forfait social)
- > Du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2015 : négociations dans les entreprises
- > Le 1^{er} janvier 2016 : par décision unilatérale de l'employeur.

Au moment où vous lisez ce document, les chefs d'entreprise peuvent opter pour des négociations dans les entreprises ou la décision unilatérale de l'employeur. Le seul impératif étant une mise en place effective de la couverture santé collective obligatoire au 1^{er} janvier 2016.

Outre les obligations liées au droit du travail et au respect des règles inhérentes au dialogue social, les chefs d'entreprises (TPE et PME) doivent respecter les contraintes définies par plusieurs décrets du ministère de la santé (Décrets ANI et contrat responsable, circulaire d'application, ...). Les équipes mutualistes qui vous proposent cet « Essentiel du contrat collectif » maîtrisent les aspects du droit du travail inhérents à la couverture complémentaire santé et au risque prévoyance.

La participation de l'employeur au financement de la couverture santé de ses salariés ne peut être inférieure à 50 % du montant de la cotisation. Ceci étant dit, ce dispositif offre des avantages fiscaux pour l'employeur, des économies et des garanties pour les salariés (portabilité) et constitue un gage de cohésion sociale et de fidélisation dans l'entreprise.

Il est important de bien cibler les besoins de l'entreprise et de ses salariés pour mettre en place la meilleure adéquation entre ces besoins et les contraintes réglementaires. Il est tout aussi important de prendre en considération les coûts annexes constitués par la couverture des ayants droit, la portabilité et la fiscalité appliquée au montant de la participation de l'employeur, montant qui entre dans l'assiette fiscale de l'impôt sur le revenu du salarié dès 2013.

« L'Essentiel du contrat collectif 2017 » répond aux questions essentielles que vous, chef d'entreprise, allez immanquablement vous poser pour mettre en place cette couverture santé collective obligatoire.

Nos équipes mutualistes se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans la réflexion et la mise en place de la complémentaire santé collective obligatoire pour vos salariés. Nos coordonnées figurent au dos de cette brochure.



ACCORDS COLLECTIFS cords collectifs

> Accord collectif d'entreprise/

C'est un accord conclu entre un employeur (ou un groupement d'employeurs) et une ou plusieurs organisations syndicales en vue de fixer les règles relatives aux conditions de travail, à l'emploi ou aux garanties sociales des salariés. Il peut être établi au niveau de la branche ou au niveau de l'entreprise.

C'est l'article L 911-1 du code de la Sécurité sociale qui détermine les garanties complémentaires des salariés.

Un accord collectif d'entreprise ne peut que compléter et améliorer la situation des salariés par rapport aux dispositions de la loi et (ou) de l'accord de branche dont l'entreprise dépend le cas échéant.

> Accord collectif de branche

L'accord de branche ou convention de branche est un accord conclu entre un ou plusieurs groupements d'entreprises appartenant à un même secteur d'activité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives. En matière de protection des salariés en frais de soins, cet accord peut porter sur : les taux de cotisations, le montant de la participation de l'employeur, la nature et les niveaux des garanties, la recommandation (non contraignante) d'un ou plusieurs organismes assureurs...

Un accord de branche s'applique aux entreprises adhérentes aux chambres patronales signataires. Il fixe toujours un délai ou une date butoir pour la mise en application du régime au sein des entreprises relevant de son périmètre. Il est généralement conclu pour 5 ans.

ACS (Aide à la Complémentaire Santé)

ACS

L'ACS est un dispositif d'aide financière destiné aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain seuil. Cette aide est versée quand la personne gagne trop pour bénéficier du dispositif CMU-C (complémentaire santé gratuite) et pas assez pour se financer seul et sans aide une complémentaire santé.

Les contrats collectifs obligatoires proposés par l'entreprise sont exclus de l'octroi de l'ACS. De ce fait, il est important de noter, qu'au même titre que les bénéficiaires de la CMU-C, les bénéficiaires de l'ACS sont éligibles aux dispenses d'affiliation prévues dans le cadre de la mise en place des contrats collectifs (DUE).

Cette dispense doit être transcrite pour être applicable. Les avantages connexes pour les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas négligeables : tarifs sociaux du gaz et de l'électricité, tarifs de solidarité dans les transports en commun. Contraindre le salarié à bénéficier du contrat collectif obligatoire pourrait se révéler très pénalisant pour lui d'où l'utilité de mentionner cette exclusion dans la DUE ou l'accord d'entreprise.

ANI (Accord National Interprofessionnel)



L'ANI du 11 janvier 2008 a été instauré en vue de sécuriser les parcours professionnels et protéger les chômeurs en instituant dans son article 14 un mécanisme de portabilité des droits de santé et de prévoyance.

L'ANI du 11 janvier 2013 : les partenaires sociaux ont signé un accord sur la sécurisation de l'emploi (sauf FO et CGT). Dans son article 1, ce texte affiche l'objectif d'une généralisation des régimes de santé dans les entreprises privées d'ici au 1^{er} janvier 2016. Dans son article 2, le dispositif de portabilité prévue par l'art 14 de l'ANI de 2008 est porté de 9 à 12 mois maximum et devient gratuit et automatique pour ses bénéficiaires.

La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 a transposé l'ANI du 11 janvier 2013.

Toutes les entreprises sont concernées par cette obligation à partir du moment où elles ont au moins un salarié au premier rang desquelles :

- > les entreprises qui n'ont pas de complémentaire santé collective,
- > les entreprises qui ont un contrat collectif facultatif (il devient obligatoire),
- > les entreprises dont le contrat offre des garanties inférieures au panier de soins minimum,
- > les entreprises dont le financement patronal est inférieur à 50 % de la cotisation.

Tous les salariés sont concernés quelle que soit leur date d'embauche et quelle que soit la nature de leur contrat de travail, sous réserve des dispenses d'adhésion prévues par l'acte juridique fondateur du contrat collectif.

Les garanties ANI minimales sont :

- > le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire,
- > la prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier (à compter du 1er janvier 2016),
- > la prise en charge à 125 % des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- > la prise en charge des frais d'optique de manière forfaitaire par période de deux ans, avec des forfaits spécifiques aux corrections.

Il est possible d'agrémenter les garanties ANI par des renforts facultatifs souscrits à titre individuels et/ou collectifs. Attention cependant au coût de la portabilité.

AYANT-DROIT

Ayant-droit

L'Ayant-droit (ou bénéficiaire) est une personne qui peut bénéficier de la couverture sociale d'un assuré du fait de son lien de parenté avec lui, et donc par extension, de sa couverture santé complémentaire. Il s'agit essentiellement des enfants et du conjoint.

Dans le cadre du contrat complémentaire santé obligatoire, l'inclusion des ayants-droit n'est pas automatique mais peut être prévue de manière obligatoire ou facultative par l'accord de branche, l'accord d'entreprise ou la DUE. Un ayant-droit peut refuser d'être couvert par le contrat collectif. Ce refus doit être renouvelé chaque année.

De même, un salarié peut refuser d'être couvert par le contrat collectif obligatoire de son entreprise s'il justifie être couvert, en tant qu'ayant-droit par le contrat collectif de son conjoint. Là encore, cette dispense doit expressément être notée dans l'acte fondateur (DUE,...).



CATÉGORIES OBJECTIVES ries objectives

Le décret du 9 janvier 2012 a défini les conditions que doivent remplir les systèmes de garanties collectives de retraite et de prévoyance (santé incluse) pour bénéficier de l'exonération des charges sociales prévue à l'art L.242.1 du code de la sécurité sociale.

5 critères :

- > l'appartenance à une catégorie cadre ou non cadre résultant des définitions issues de la CCN du 14/03/1947,
- > un seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations AGIRC/ARRCO, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche,
- > la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branches et accords professionnels et interprofessionnels,
- > le niveau de responsabilité, le type de fonctions, le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail correspondant aux sous catégories des conventions ou accords cités au critère précédent,
- > l'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné...

En assurance santé collective, il est pragmatique de considérer que seuls deux critères de différenciation sont utilisables dans la pratique :

- > les catégories cadres / non cadres
- > les catégories par tranches de rémunération

Il est obligatoire de couvrir tous les salariés avec impossibilité de réserver la couverture à une seule catégorie d'entre eux.

CLAUSES DE DÉSIGNATION ET CLAUSES DE RECOMMANDATION

Jusqu'à la décision n° 2013-672 DC du Conseil constitutionnel du 13 juin 2013, les accords de branche qui prévoyaient la mise en place d'une garantie complémentaire santé obligatoire désignaient un assureur unique qui couvrait obligatoirement tous les salariés de la branche. Cette clause de désignation a été invalidée par le Conseil constitutionnel.

Pour réagir à cette décision, la Ministre de la santé a voulu continuer à imposer une obligation de suivre les préconisations de la branche en matière de choix de l'assureur en mettant en place **des clauses de recommandation**. Les entreprises de la branche étaient contraintes de suivre cette recommandation sous peine d'être soumis au forfait social ou voir celui-ci majoré. **Le Conseil Constitutionnel a aussi censuré ces dispositions par sa décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013.**

Ainsi, actuellement, que ce soit en matière de prévoyance comme en complémentaire santé, les branches n'ont plus le droit de désigner un organisme assureur. Elles peuvent simplement recommander un ou plusieurs organismes d'assurance (assureurs, institutions de prévoyance, mutuelles) tout en laissant à chaque chef d'entreprise le choix de suivre ou non la ou les recommandations.

CMU/CMU-C (MU/CMU-C)

La CMU permet l'accès à l'assurance maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère résidant en France depuis plus de 3 mois. Elle est gratuite sous condition de ne pas dépasser un plafond de ressources.

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite qui couvre les frais complémentaires à l'assurance maladie obligatoire sous condition de ressources aussi

Comme pour les bénéficiaires de l'ACS (Aide à la complémentaire santé), il est indispensable de mentionner dans l'acte juridique fondateur la dispense de souscription au contrat collectif obligatoire mis en place dans l'entreprise pour le bénéficiaire de la CMU-C.

CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Un contrat complémentaire santé est réputé responsable lorsqu'il respecte un certain nombre de contraintes définies réglementairement. Il est solidaire lorsqu'il ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de son souscripteur.

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 définit les conditions à respecter pour que les contrats soient responsables. Les contrats responsables bénéficient d'une TSCA (Taxe spéciale sur les conventions d'assurance) à 7 % (au lieu de 14 %).

Une circulaire complète ce décret et précise les interactions avec le décret définissant le panier de soins ANI et notamment la qualité « responsable » pour les options.

Le nouveau contrat responsable est en place le 1^{er} janvier 2016. Votre mutuelle est à même de vous accompagner et de vous conseiller pour faire en sorte que les contrats collectifs obligatoires et les options mises en place respectent le cahier des charges afin de ne pas alourdir les cotisations par une fiscalité majorée.



DEVOIR DE CONSEIL Devoir de conseil

Le devoir de conseil des organismes mutualistes prend acte par l'ordonnance du 30 janvier 2010 (JO du 8 septembre 2011) et entre dans le champ de contrôle de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), le gendarme des banques, des assurances et des mutuelles.

Le devoir de conseil mutualiste concerne la complémentaire santé, la prévoyance mais aussi les particularités liées au droit du travail pour la mise en place du contrat collectif obligatoire. Les personnels des mutuelles sont formés et bénéficient d'un appui juridique permanent.

DISPENSES D'ADHÉSION / D'AFFILIATION

La loi Evin avait déjà consacré le principe selon lequel un salarié déjà présent dans l'entreprise au moment de la mise en place de garanties collectives obligatoires par voie de DUE (décision unilatérale de l'employeur), avait la possibilité de demander une dispense d'adhésion pour ne pas cotiser contre son gré (art 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989).

Même si l'ANI de 2013 rend l'adhésion à un contrat collectif obligatoire, certaines dispenses subsistent. Elles sont fixées par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014. Il s'agit essentiellement des salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous certaines conditions, des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS...

La mutuelle est en mesure de vous renseigner sur toutes les dispenses.

DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE (DSN)

La DSN est un dispositif majeur qui va progressivement remplacer toutes les déclarations sociales. Elle repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements. Avant, l'entreprise transmettait plusieurs déclarations à différents destinataires à des échéances différentes. Avec la DSN, les entreprises transmettent toujours différentes déclarations mais sur un seul point d'entrée, le portail net-entreprises.fr.

En test sur la base d'entreprises volontaires depuis janvier 2013, la généralisation de la DSN est effective depuis le 1er janvier 2016 pour toutes les entreprises.

Deux types de DSN coexisteront : la DSN mensuelle envoyée chaque mois à la fin du processus de paie et la DSN événementielle qui pourra être envoyée en cours de mois pour signaler par exemple un arrêt de travail ou une fin de contrat. Les organismes assurant la couverture santé obligatoire de l'entreprise seront amenés à recevoir potentiellement, via la DSN, toutes les informations relatives aux mouvements de personnel, aux options de couverture santé choisies par les salariés ainsi que les salaires et cotisations. En résumé, toutes les informations nécessaires à la gestion de la vie du contrat d'entreprise.

La mutuelle a déjà mis en phase son système d'information pour travailler avec la DSN.



FISCALITÉ

Fiscalité

Pour l'employeur, l'article 39-1 du CGI (code général des impôts) stipule que les cotisations de l'employeur contribuant au financement de la protection sociale complémentaire de ses salariés sont considérées comme une charge de l'entreprise et, à ce titre, **sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés**.

Pour les salariés, la loi de finances de 2014 a décidé de réintégrer dans l'assiette de l'impôt sur le revenu (IRPP) 2013 la part de la cotisation payée par l'employeur.

La mutuelle maîtrise les règles de calcul des plafonds fiscal et social de l'entreprise et les conditions pour que l'employeur bénéficie des avantages fiscaux et sociaux liés au financement d'un contrat collectif obligatoire.



PANIER DE SOINS

Panier de soins

Un panier de soins désigne les garanties minimum et maximum qui doivent être prises en charge dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé. Il en existe actuellement 4 différents :

- > Le panier de soins CMU-C
- > Le panier de soins ACS
- > Le panier de soins ANI (c'est celui qui concerne l'entreprise)
- > Le panier de soins pour les contrats responsables (rentre en ligne de compte aussi pour la fiscalité du contrat)

Les garanties à mettre en place pour le contrat santé collectif obligatoire dans votre entreprise doivent respecter les critères des paniers de soins définis dans le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (ANI) et dans le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 (contrats responsables).

La mutuelle est à même de corréler toutes ces obligations pour optimiser les garanties tout en minimisant l'impact financier et fiscal.

PORTABILITÉ

Portabilité,

La portabilité des droits prévoyance et santé est un dispositif qui permet à un salarié dont le contrat de travail a été rompu de continuer à bénéficier de la couverture complémentaire dont il profitait dans son ancienne entreprise.

La portabilité est passée de 9 mois à un an avec l'ANI du 11 janvier 2013 pour la santé et il passera à un an aussi pour la prévoyance dès le 1^{er} juin 2015.

Cette portabilité est financée sur le principe de la mutualisation des cotisations.

Depuis l'ANI du 11 janvier 2013, la portabilité est automatiquement accordée au salarié. C'est à ce dernier qu'il convient de demander à ne pas en bénéficier.

Les conditions à remplir et les particularités liées à la portabilité sont maîtrisées par la mutuelle. Il existe cependant des lacunes non encore résolues par le gouvernement dans les cas de liquidation judiciaire, faillite ou délocalisation de l'entreprise. Un fonds de mutualisation prévu dans les textes pour répondre à ces situations préjudiciables aux salariés doit être créé. Il est inexistant pour le moment.



RÉSILIATION



Le contrat collectif obligatoire est souscrit pour l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle par tacite reconduction sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 2 mois avant l'échéance.

Il peut être résilié à la demande du responsable de l'entreprise ou par l'organisme assureur.

Les contrats complémentaires santé ne sont pas soumis à la loi Hamon de 2014 (résiliation à tout moment après un an de contractualisation) mais doivent respecter certains critères liés notamment à la **Loi Châtel** qui édicte les obligations d'information à la charge de l'organisme assureur.

La mutuelle, société de personnes liée à l'Economie sociale et solidaire, respecte les obligations liées à la Loi Châtel.



SORTIE DE GROUPE Sortie de groupe

Dans la culture professionnelle des assurances collectives, la terminologie « sortie de groupe » désigne les personnes quittant leur entreprise pour une raison indépendante de leur volonté, et donc essentiellement les salariés licenciés et ceux en situation de départ à la retraite.

A cet égard, la Loi Evin (loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989) a mis en place un certains nombre de critères à respecter pour que la sortie de groupe pénalise le moins possible le salarié.

Pour les chômeurs de longue durée, ce dispositif (Loi Evin) peut venir succéder aux 12 mois dévolus à la portabilité.

Ces obligations entraînent des contraintes pour le salarié et l'organisme assureur. La mutuelle vous livrera le mode opératoire dans ces cas de figure.



QUESTIONS?

Ouestions 2

L'Essentiel du contrat collectif 2017 est loin de répondre à toutes vos questions. Ce n'est pas son objectif. La mutuelle est dotée d'un abécédaire complet et s'appuie sur le service juridique de sa fédération. N'hésitez donc pas à prendre contact avec la mutuelle (coordonnées au dos de ce livret) pour appréhender le plus sereinement possible cette nouvelle contrainte.



> Un organisme à rôle social, à but non lucratif

Le but du Refuge Mutualiste est social et non financier, il ne cherche pas à tirer profit de l'assurance maladie de ses adhérents ni à accumuler des bénéfices en vue de leur redistribution à des actionnaires. Les cotisations pour la couverture des risques maladie et hospitalisation sont calculées au plus juste et respectent la solidarité entre jeunes et anciens.



> Une gestion bénévole et démocratique

La mutuelle est gérée **bénévolement** par un conseil de 16 Administrateurs. Aucun des Administrateurs n'est rémunéré, ni indemnisé pour son activité de gestion ou de représentation. Les Administrateurs sont élus par les adhérents de la mutuelle au cours des Assemblées Générales **ouvertes à tous**. A noter que le Refuge Mutualiste est encore une des seules mutuelles où chaque membre peut participer à l'Assemblée Générale.

> Une mutuelle de proximité

Le Refuge Mutualiste est la seule mutuelle interprofessionnelle indépendante, assurant ses propres risques dont le siège social est à MILLAU et qui se donne les moyens de rester toujours à l'échelle humaine. Depuis 2007 notre mutuelle adhère à l' «Association Diversité et Proximité mutualiste» (ADPM) regroupant une centaine de mutuelles et groupements mutualistes.



> FICHE D'IDENTITÉ

Création le 27 juillet 1952

Forme Juridique Mutuelle du Code de la Mutualité

(Economie sociale et solidaire)

Siège social MILLAU Composition 5 salariés

> 17 administrateurs bénévoles 5000 personnes couvertes

L'ESSENTIEL du contrat collectif 2 0 1 7



Votre contact Entreprise au Refuge Mutualiste est :



Jean-Philippe CARRIERE **05 65 60 11 08**

lerefugemutualiste@orange.fr

Le Refuge Mutualiste a décidé de dédier un conseiller mutualiste à la mise en place des contrats collectifs obligatoires en entreprise. En effet, la complexité de la réglementation et l'inévitable suivi de la situation des salariés engage notre mutuelle dans son expertise pour accompagner sereinement les chefs d'entreprise dans la mise en place de cette couverture santé collective obligatoire qui est effective depuis le 1er janvier 2016. C'est donc **Jean-Philippe CARRIERE** qui sera votre interlocuteur privilégié pour tout ce qui concerne la couverture santé en entreprise. Il a suivi toutes les formations et s'appuie sur la cellule juridique de l'FDPM, Fédération Diversité Proximité Mutualiste.

> Le Refuge Mutualiste Aveyronnais

Le Refuge Mutualiste Rue Clausel de Coussergues BP 50313 - 12103 MILLAU Cedex

Tél.: 05 65 60 11 08 Fax: 05 65 61 33 11 Horaires:

du lundi au vendredi de 9h00 à 12h et de 13h30 à 17h30

Ou sur rendez-vous pour les contrats collectifs obligatoires en entreprise

