

Guide des Dispenses de Mutuelle

Récapitulatif des cas de dispense • Justificatifs requis • Formalités

■ Dispenses de droit (art. D.911-2 CSS)

Ces dispenses s'appliquent même si elles ne sont pas prévues dans la DUE/accord.

Cas de dispense	Justificatif requis
Couverture obligatoire par le conjoint	Attestation mutuelle conjoint (caractère obligatoire)
Bénéficiaire CSS (ex CMU-C)	Attestation CSS en cours de validité
Salarié présent à la mise en place (DUE avec cotis. salariale)	Demande écrite (contrat antérieur à la DUE)
Mutuelle individuelle en cours	Attestation contrat individuel + date échéance

■ Dispenses facultatives (art. D.911-4 CSS)

Ces dispenses ne s'appliquent QUE si elles sont prévues dans la DUE/accord.

Cas de dispense	Justificatif requis
CDD < 3 mois	Contrat de travail
CDD 3-12 mois (sans justif. couverture)	Contrat de travail
CDD ≥ 12 mois (avec couverture individuelle)	Contrat + attestation mutuelle individuelle
Temps partiel ≤ 15h (cotis. ≥ 10% salaire)	Contrat + bulletin de paie
Apprentis (cotis. ≥ 10% salaire)	Contrat apprentissage + bulletin de paie
Multi-employeurs (déjà couvert ailleurs)	Attestation régime obligatoire autre employeur
Régime local Alsace-Moselle	Attestation régime local

■ Renouvellement annuel

Type	Fréquence	Action
CSS	Annuelle	Demander nouvelle attestation chaque année
Conjoint	Annuelle	Vérifier que la couverture est maintenue
CDD	À chaque contrat	Nouvelle demande si nouveau CDD
Multi-employeurs	Annuelle	Vérifier la couverture chez l'autre employeur

■ Risques URSSAF — Une dispense sans demande écrite ou sans justificatif entraîne la réintégration des contributions patronales dans l'assiette des cotisations (jusqu'à 3 ans + majorations).

Formulaire de Demande de Dispense

Modèle à personnaliser avec le nom de votre entreprise • À faire signer par le salarié

DEMANDE DE DISPENSE D'ADHÉSION**À la complémentaire santé collective obligatoire**

Entreprise : _____

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

N° de sécurité sociale : _____

Date d'entrée dans l'entreprise : ____ / ____ / ____

Demande à être dispensé(e) d'adhérer au régime de complémentaire santé collective pour le motif suivant :

- ☐ Je suis couvert(e) en tant qu'ayant droit par la mutuelle obligatoire de mon conjoint
→ Justificatif : attestation d'affiliation (caractère obligatoire du régime)
- ☐ Je suis bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
→ Justificatif : attestation CSS en cours de validité
- ☐ J'étais déjà présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place du régime par DUE
→ Pas de justificatif (contrat de travail antérieur)
- ☐ Je bénéficie d'une mutuelle individuelle (dispense jusqu'à l'échéance du contrat)
→ Justificatif : attestation + date d'échéance : ____ / ____ / ____
- ☐ Je suis en CDD de moins de 3 mois
→ Justificatif : contrat de travail
- ☐ Je suis à temps partiel ($\leq 15\text{h/sem}$) et la cotisation représente $\geq 10\%$ de mon salaire
→ Justificatif : contrat de travail + bulletin de paie
- ☐ Je suis déjà couvert(e) à titre obligatoire chez un autre employeur
→ Justificatif : attestation du régime de l'autre employeur
- ☐ Autre motif (préciser) : _____

Je reconnais :

- Avoir été informé(e) des garanties du régime collectif et des cas de dispense
- Que cette dispense prend fin si je ne remplis plus les conditions
- Que je devrai alors adhérer au régime collectif obligatoire
- Devoir renouveler ma demande et mon justificatif chaque année si nécessaire

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du salarié

(précédée de la mention "Lu et approuvé")

Signature de l'employeur

Besoin d'aide ? BL ASSUR vous accompagne dans la gestion de vos dispenses et la conformité de votre régime collectif.
Contact : 01 86 90 08 99 • contact@bl-assur.fr • www.bl-assur.fr