

MODÈLE DE DEMANDE

relative au rescrit
social

Le rescrit social vous permet d'interroger votre Urssaf sur l'application, à votre situation, de réglementations spécifiques de Sécurité sociale.

Ce questionnaire constitue une aide à la formulation de votre demande auprès de votre Urssaf.

Votre demande portant sur une situation donnée peut concerner un ou plusieurs de vos salariés.

Elle doit être transmise à l'Urssaf soit par lettre recommandée avec accusé de réception soit déposée contre décharge et accompagnée, le cas échéant, des pièces justificatives.

Raison sociale de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Adresse(s) de(s) l'établissement(s) objet(s) de la demande :

N° Siret :

N° de compte Urssaf :

Urssaf de liaison si versement des cotisations en lieu unique (VLU) :

Code APE de l'entreprise :

MISE EN PLACE DU REGIME DE PREVOYANCE

- Le régime a été mis en place par :

 - convention ou accord collectif
 - ratification, à la majorité des intéressés, d'un projet d'accord proposé par l'employeur
 - décision unilatérale de l'employeur

Dans ce cas, un écrit a été remis à chaque intéressé **OUI** **NON**

autre : préciser
- Date de création du régime (*date de conclusion de l'accord ou de la convention, de la ratification ou de la décision unilatérale de l'employeur*)
- Le régime a été modifié depuis le 1^{er} janvier 2005 **OUI** **NON**

Si OUI, préciser la nature de ces modifications
- L'organisme gestionnaire du régime de prévoyance est :

 - une institution de prévoyance
 - une mutuelle ou une union de mutuelles
 - une entreprise d'assurance
 - autre : préciser
 - nom de l'organisme
- Lors de la mise en place du régime, ou dans les 12 mois précédents, un élément de rémunération a été supprimé **OUI** **NON**

- Date du dernier versement de cet élément de rémunération
- Date de versement de la première contribution patronale au régime de prévoyance

NATURE DES RISQUES COUVERTS

- | | | |
|--|------------|------------|
| ■ Les prestations complètent celles des régimes de base obligatoires | OUI | NON |
| Précisez la nature des risques couverts : | | |
| - maladie, maternité (prestations en nature) | OUI | NON |
| - incapacité temporaire de travail en cas de maladie, maternité | OUI | NON |
| - accident du travail, maladie professionnelle | OUI | NON |
| - invalidité | OUI | NON |
| - inaptitude professionnelle | OUI | NON |
| - dépendance du salarié ou de son conjoint | OUI | NON |
| - décès du salarié | OUI | NON |
| - autre : préciser | | |

BENEFICIAIRES DU REGIME

- | | | |
|--|------------|------------|
| ■ Bénéficiaire du régime : | | |
| tous les salariés | | |
| une ou plusieurs catégories de salariés (<i>ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres...</i>) | | |
| préciser | | |
| ■ Le régime exclut certains salariés | OUI | NON |
| Si OUI , ces exclusions sont relatives à : | | |
| - la durée du travail | OUI | NON |
| - la nature du contrat de travail (CDD, CDI) | OUI | NON |
| - l'âge du salarié | OUI | NON |
| - autre : préciser | | |
| ■ Le bénéfice du régime est subordonné à une condition d'ancienneté | OUI | NON |
| Si OUI , indiquer en mois l'ancienneté requise | | |

MODALITES DE FINANCEMENT DU REGIME DE PREVOYANCE

- | | | |
|---|------------|------------|
| ■ Le régime est financé par des contributions | | |
| patronales et salariales | | |
| exclusivement patronales | | |
| ■ Le comité d'entreprise participe au financement | OUI | NON |

MODALITES DE FIXATION DE LA PARTICIPATION PATRONALE

- | | | |
|--|------------|------------|
| ■ Montant forfaitaire identique pour tous les bénéficiaires | OUI | NON |
| ■ Cotisation proportionnelle
Préciser : le taux _____ et l'assiette _____ | OUI | NON |
| ■ Montant modulé selon la composition de la famille | OUI | NON |

CARACTERE OBLIGATOIRE DU REGIME

- | | | |
|--|------------|------------|
| ■ La participation au régime est obligatoire pour le salarié | OUI | NON |
| ■ La participation au régime elle facultative pour : | | |
| - l'ayant droit | OUI | NON |
| - les salariés sous contrat à durée déterminée | OUI | NON |
| - les travailleurs saisonniers | OUI | NON |
| - les salariés bénéficiant d'une couverture complémentaire obligatoire dans le cadre d'un autre emploi | OUI | NON |
| - autres cas : préciser _____ | | |
| ■ Une dispense d'affiliation est prévue : | | |
| - pour la durée de prise en charge au titre de la CMU complémentaire | OUI | NON |
| - pour les salariés déjà couverts à titre obligatoire | OUI | NON |
| - autres cas : préciser _____ | | |

COUVERTURE DES FRAIS DE SANTE

- | | | |
|--|------------|------------|
| ■ Le régime exclut le remboursement : | | |
| - de la participation forfaitaire (1€ en 2005) | OUI | NON |
| - de la majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant | OUI | NON |
| - de la majoration de participation de l'assuré en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription du médecin traitant | OUI | NON |
| - de la majoration de participation lorsque l'assuré n'accorde pas l'accès à son dossier médical | OUI | NON |
| - des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription du médecin traitant, dans la limite du dépassement autorisé (7€ en 2005) | OUI | NON |

■ Le régime prend en charge :

- au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant et des consultations effectuées sur prescription du médecin traitant OUI NON
- au moins 30% du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant (à l'exclusion de ceux traitant des troubles sans gravité, de ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et des spécialités homéopathiques) OUI NON
- au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant OUI NON
- la totalité de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention listées par arrêté OUI NON

Indiquez les éléments que vous jugez nécessaires pour permettre à l'Urssaf d'apprécier votre situation

CERTIFIÉ COMPLET ET EXACT

Je :

Signature

Qualité du signataire :

Cachet de l'établissement :

Les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantissent un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant.