



MUTUALITE DES EMPLOYEURS

STATUTS

Chapitre I : Champ d'application

Art. 1^{er} Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L. 121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire:

- 1) l'Etat, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière;
- 2) les employeurs qui déclarent au Centre commun de la sécurité sociale les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance ;
- 3) les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque du maintien de la rémunération ci-dessus.

Pour bénéficier de l'exemption prévue au point 3) de l'alinéa qui précède, l'entreprise doit avoir transmis avant le 1er mars au Centre commun de la sécurité sociale le certificat de la compagnie d'assurance attestant une couverture au 31 décembre 2008 et pendant l'exercice en cours. L'entreprise n'ayant pas respecté le délai prévu est tenue de payer les cotisations à la Mutualité pour l'exercice entier, même si elle produit ultérieurement ledit certificat.

Art. 2. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte ont la faculté de s'assurer auprès de la Mutualité ensemble avec les membres de famille assurés au titre de l'assurance maladie.

La demande doit être présentée avant le 1er janvier et l'assurance opère à partir de cet exercice. Toutefois, elle opère dès le début d'une première affiliation ou d'une nouvelle affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié après une interruption de douze mois au moins, si la demande d'affiliation à la Mutualité des employeurs est présentée dans un délai de trois mois après le début de l'affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié.

L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré et de plein droit en cas de non paiement des cotisations de sécurité sociale à deux échéances successives.

Chapitre II : Cotisations et autres ressources

Art. 3. Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire définie aux articles 34, 35 et 36 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, aucune cotisation à la Mutualité n'est prélevée sur l'indemnité pécuniaire elle-même.

Art. 4. Les entreprises affiliées obligatoirement de même que les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte affiliées volontairement sont réparties en quatre classes de cotisation en fonction d'un taux d'absentéisme financier au cours d'une période d'observation.

Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise ou d'une personne exerçant l'activité professionnelle pour son propre compte, on entend la fraction définie:

- au numérateur par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés respectivement de ses propres incapacités de travail au cours de la période d'observation,
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise respectivement de l'ensemble de ses propres revenus pour la même période.

Ne sont pas prises en compte :

- ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois,
- ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
- ni les absences correspondant à un congé maternité ou d'accueil,
- ni les absences correspondant à un congé pour raisons familiales,
- ni les absences correspondant à un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond aux trois exercices précédant d'une année l'exercice de cotisation, pour autant qu'une affiliation à la Mutualité existe.

Art. 5. La classe 1 comprend les affiliés dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,65 pour cent, la classe 2 ceux dont ce taux est supérieur ou égal à 0,65 et inférieur à 1,60 pour cent, la classe 3 ceux dont le même taux est supérieur ou égal à 1,60 et inférieur à 2,50 pour cent et la classe 4 ceux dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,50 pour cent.

Les affiliés sont reclassés chaque année avant le 1er décembre dans les quatre classes de cotisation en fonction de leur taux d'absentéisme financier le plus récent connu.

Art. 6. Tout nouvel affilié obligatoire ou volontaire cotise dans la classe 2.

Est à considérer comme nouvel affilié celui dont la période d'observation prévue à l'article 4 ne comporte pas au moins douze mois d'assiette de cotisation.

N'est pas à considérer comme nouvel affilié obligatoire toute entreprise qui continue l'activité d'une entreprise préexistante.

Art. 7. Les affiliés qui sont classés pour la première fois ou qui changent de classe, en sont informés par simple lettre.

Les contestations concernant les informations prévues à l'alinéa qui précède font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

Art. 8. Au mois de décembre de chaque année, le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs fixe, sur base du budget de l'exercice à venir, le taux de cotisation des classes pour l'exercice à venir, sous réserve d'approbation par le Ministre de la Sécurité sociale.

Chaque taux de cotisation est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. A cet effet, ces frais et opérations sont ventilés sur les classes à l'aide d'une clé calculée sur base du montant des remboursements prévus dans chaque classe.

L'apport financier de l'Etat tel que déterminé par l'article 56 du Code de la sécurité sociale est affecté à raison de 4 pour cent à la classe 1, à raison de 13 pour cent à la classe 2, à raison de 32 pour cent à la classe 3 et à raison de 51 pour cent à la classe 4.

Art. 9. Le Centre commun de la sécurité sociale demande mensuellement le remboursement à la Caisse nationale de santé des montants mis au crédit des cotisants conformément à l'article 14, alinéa 4 des présents statuts du chef de congé pour raisons familiales, de congé d'accompagnement ou d'une incapacité de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois.

De même, il demande mensuellement le remboursement des montants avancés pour compte de l'Association d'assurance accident.

Chapitre III : Remboursement de la rémunération

Art. 10. Le remboursement à l'employeur, affilié obligatoirement à la Mutualité, de la rémunération qu'il est obligée de payer, en vertu de l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, à ses salariés incapables de travailler jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs est déterminé sur base :

- 1) de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question,
- 2) des heures totales correspondant à cette assiette,
- 3) des heures réclamées à titre de remboursement.

Art. 11. Sont considérées comme heures totales au sens de l'article 10, sous 2) des présents statuts, les heures de travail effectivement prestées, à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel visées respectivement à l'article L. 531-1 et L. 511-3 du Code du travail, les heures correspondant au congé politique défini à l'article 78 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, ainsi que les heures correspondant aux congés suivants définis dans le Code du travail :

- congé pour la recherche d'un nouvel emploi défini à l'article L. 124-8,
- temps de repos de compensation pour heures supplémentaires défini à l'article L. 211-27 paragraphe (2),
- congé annuel payé supplémentaire en cas de repos hebdomadaire raccourci défini à l'article L. 231-11,
- congé annuel payé de récréation défini à l'article L. 233-1,
- congé annuel payé supplémentaire pour travailleurs handicapés défini à l'article L. 233-4,
- congé annuel payé supplémentaire pour le secteur des mines et minières défini à l'article L. 233-4,
- dispense pour mandats syndicaux définie à l'article L. 233-11,
- congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel défini à l'article L. 233-16,
- congé-jeunesse défini à l'article L. 234-1,
- congé sportif défini à l'article L. 234-9,
- congé des volontaires des services d'incendie, de secours et de sauvetage défini à l'article L. 234-22,
- congé de la coopération au développement défini à l'article L. 234-32,
- congé-formation défini à l'article L. 234-59,
- congé pour mandats sociaux défini à l'article L. 234-71,
- congé linguistique défini à l'article L. 234-72.

Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures totales les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

Les fractions d'heures du total mensuel doivent être arrondies vers le haut si le nombre de minutes atteint ou dépasse trente minutes et vers le bas si le nombre est inférieur à trente minutes.

Art. 12. Les employeurs sont tenus de déclarer chaque mois au Centre commun de la sécurité sociale, outre la rémunération du mois précédent et les heures totales au sens de l'article qui précède, les périodes d'incapacité de travail de leurs salariés.

Par périodes d'incapacité de travail on entend celles définies dans l'article 169 des statuts de la Caisse nationale de santé.

Art. 13. En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait travaillé.

Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base de définition que les heures totales définies à l'article 11 des présents statuts.

Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur peut également faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale, sur demande expresse de ce dernier et aux fins de remboursement, le certificat médical du salarié.

Art. 14. Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de quatre-vingts pour cent de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour :

- l'assurance pension,
- l'assurance maladie, en ce qui concerne tant le financement de l'indemnité pécuniaire que des soins de santé,
- l'assurance accident.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, le remboursement est intégral pour les périodes d'incapacité de travail correspondant soit à une maladie ou un accident se situant dans la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois, soit à un congé pour raisons familiales ou à un congé d'accompagnement.

Le montant à rembourser est obtenu en multipliant l'assiette par le rapport entre le nombre d'heures réclamées et la somme du nombre d'heures totales au sens des articles 11 et 13 ci-dessus.

Le montant à rembourser est mis au crédit de l'entreprise sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Un solde positif sur l'extrait de compte peut être liquidé sur demande expresse de l'employeur.

Art. 15. Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte sont indemnisées à quatre-vingts pour cent de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

Art. 16. Les contestations des affiliés au sujet des remboursements font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.