

COMPLEMENTAIRES SANTE ET DEDUCTIONS SOCIALES ET FISCALES : LES MUTUELLES UMC ET FIDAL VOUS EXPLIQUENT LES CONTRATS « RESPONSABLES »

Le système interprofessionnel de Sécurité Sociale est obligatoire : le coût du financement patronal n'entre pas dans l'assiette des charges sociales et le total des cotisations n'entre pas dans le revenu imposable du salarié.

Il n'en est pas de même des divers dispositifs facultatifs de protection sociale complémentaires à la sécurité sociale, notamment ceux en matière de maladie.

Ainsi, les sommes utilisées par le salarié pour se prémunir, au-delà de la loi, des conséquences de la perte temporaire ou définitive de sa capacité de travail ou pour se faire rembourser les frais qu'il dépense pour sa santé et celle de ses proches, sont considérées sur le principe de la même façon que des dépenses de consommation.

Si l'entreprise paye une partie de ces sommes en lieu et place du salarié, elle lui accorde un avantage considéré comme un complément de salaire, comme si elle réglait directement pour lui une partie de ses primes d'assurance automobile ou d'assurance habitation.

Dans un certain nombre de cas, les sommes qui sont consacrées à cette protection sont socialement et fiscalement déductibles.

Augmenter la rémunération sans augmenter les salaires soumis à charges sociales, c'est le double intérêt de l'entreprise et des salariés.

La prise en charge par l'employeur d'une partie des cotisations payées aux organismes assureurs pour améliorer la couverture santé des salariés, qui sont exclues (sous limites) de l'assiette des cotisations de sécurité sociale s'inscrit dans cette logique.

D'une part, l'économie pour l'employeur est évidente : sa contribution lui coûte beaucoup moins cher que s'il donnait la même somme sous forme d'augmentation de salaire, libre à chaque salarié d'affecter cette augmentation à une assurance individuelle.

D'autre part, les contrats groupe sont souvent plus intéressants et peuvent être mieux adaptés à la population qu'une série de contrats individuels.

LES NOUVELLES REGLES ISSUES DE LA LOI FILLON

Conditions d'exonération fiscales et sociales des contrats complémentaire santé

Conditions générales

Les contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires de santé sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale si :

*Les prestations qu'elles financent sont versées par un [organisme habilité](#) comme les Mutuelles UMC

*Le régime a un [caractère collectif](#)

*Le régime revêt un caractère [obligatoire](#)

*Le régime est mis en place selon une [procédure déterminée](#).

Un organisme habilité

Les prestations doivent être versées au bénéficiaire par un organisme des type suivant : institution de prévoyance (titre III du livre IX du code de la Sécurité Sociale), une mutuelle (livre II du Code de la Mutualité), une entreprise d'assurance (code des assurances).

Le régime a un caractère collectif

1. Le régime doit bénéficier « de façon générale et impersonnelle » à l'ensemble du personnel salarié ou à certaines catégories objectives de personnel.
2. Les catégories objectives sont celles du droit du travail (ouvriers, employés, agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) ou celles s'inspirant des usages ou des accords collectifs professionnels.
3. Les mandataires sociaux ne constituent pas en tant que tel une catégorie objective.
Si les critères ont été définis afin de procurer un avantage personnel, le caractère collectif peut être remis en cause, mais si le régime s'applique aux cadres, il est de caractère collectif même s'il n'y a qu'un cadre.
4. Sont interdits les critères relatifs à la durée du travail, à la nature du contrat de travail, à l'âge du salarié, à l'ancienneté dès lors qu'elle excède douze mois.
5. La contribution de l'employeur doit être fixée à un taux ou à un montant uniforme et selon les mêmes modalités à l'égard de tous les salariés appartenant à la même catégorie objective de personnel.
6. En cas de contribution forfaitaire, le montant doit être le même pour tous les ouvriers ou tous les agents de maîtrise ou salariés d'une même catégorie mais il n'est pas nécessairement le même d'une catégorie à l'autre.
7. En cas de cotisation proportionnelle à la rémunération, l'assiette doit être la même mais le taux peut être modulé selon les tranches de rémunération.

La flexibilité existe même dans un cadre collectif

Les salariés peuvent moduler leur couverture des différents risques. Si le choix est proposé entre différents types de garanties à l'intérieur d'une même gamme, le salarié peut choisir mais le choix doit être offert à tous dans les mêmes termes.

La participation de l'employeur peut être modulée en fonction de la composition familiale de l'assuré sans que cela remette en cause le caractère collectif, toujours sur des critères objectifs et impersonnels.

Les cotisations sont obligatoires mais des dérogations sont possibles

Si le régime n'est pas obligatoire, l'employeur et le salarié doivent payer les cotisations sociales sur la part des cotisations sociales prises en charge par l'entreprise. Si le régime prévoit que l'adhésion de l'ayant droit, (généralement le conjoint) est facultative, il ne perd pas son caractère obligatoire à l'égard du salarié pour autant. C'est seulement la part de cotisation prise en charge par l'employeur pour les ayants droits qui choisissent d'adhérer au régime qui n'est pas obligatoire : elle doit donc être soumise à cotisations sociales.

Un certain nombre de dérogations sont possibles, notamment, les salariés qui, couverts par la CMU complémentaire, peuvent être dispensés d'affiliation.

L'adhésion des salariés en contrat déterminée, des travailleurs saisonniers et des travailleurs à employeurs multiples peut être facultative.

Le régime est mis en place selon une procédure déterminée

Les garanties collectives doivent être instaurées par voie de conventions ou d'accords collectifs, ou à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.

Elles peuvent même l'être par une décision unilatérale du chef d'entreprise notifiée par écrit à chaque intéressé.

Dans ce dernier cas, les salariés présents au moment de la décision unilatérale peuvent accepter ou refuser de souscrire au contrat.

Seuls les nouveaux embauchés sont obligés de cotiser.

Les cotisations patronales portant sur les nouveaux embauchés et les anciens qui ont accepté le contrat sont exonérées.

Le cas particulier de la contribution du comité d'entreprise

Avec les nouvelles dispositions législatives, la partie de la cotisation à la mutuelle santé prise en charge par le comité d'entreprise est désormais considérée comme un complément de salaire et donc soumis à cotisations sociales.

Cependant, si le régime est obligatoire et mis en place selon les modalités appropriées, la participation du comité d'entreprise est assimilée à une contribution de l'employeur, elle est donc exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les mêmes conditions. On ne peut donc pas cumuler les plafonds de l'employeur et du CE.

Les règles autorisant la déductibilité fiscale des cotisations sont similaires à celles régissant l'exonération de cotisations de sécurité sociale.

LIMITES DE DEDUCTIBILITE FISCALE POUR L'ENTREPRISE CONCERNANT LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES DE PREVOYANCE

La limite de déductibilité des cotisations versées par le salarié et l'employeur est fixée à hauteur d'un montant égal à la somme de deux nombres :

7 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS en 2007 : 32 184 euros), auquel on ajoute

3 % de la rémunération annuelle brut (RAB), sans que le total ne puisse excéder 3 % de 8 PASS (7724,16 euros), soit la formule suivante : **[7 % PASS + 3 % RAB] ≤ 3 % de 8 PASS**

Ces contributions ne sont pas assujetties à la CSG et à la CRDS ni à la taxe de 8 % prévue à l'article L.137-1 du CSS.

LIMITES D'EXONERATION DE COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE POUR L'ENTREPRISE CONCERNANT LES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES DE PREVOYANCE

d'une part 6 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS en 2007 : 32 184 euros) et d'autre part 1,5 % de la rémunération annuelle du salarié, ce total ne

pouvant excéder 12 % du PASS. (3 862,08 euros). soit la formule suivante : **[6 % PASS +1,5 % RAB] ≤ 12 % du PASS**

Les obligations pour bénéficiaire de la pleine exonération : respecter un cahier des charges (contrats dits « responsables ») lié au parcours de soins.

*La complémentaire maladie ne doit pas rembourser à l'assuré la totalité de la majoration qu'il paye lorsqu'il va voir un autre médecin sans être passé par son médecin traitant ou lorsqu'il n'a pas choisi de médecin traitant.

*Pas de prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de consultation d'un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant en dehors du parcours de soins. On peut, par exemple, toujours aller voir directement son spécialiste ou son gynécologue mais pas de prime abord un rhumatologue sans passer par la case médecin traitant.

*Si en cas de consultation ou d'hospitalisation, le patient ne donne pas accès à son dossier médical personnel aux professionnels de santé, le prix des actes est majoré : la complémentaire ne doit pas prendre en charge la totalité de cette majoration.

*L'assurance doit couvrir un certain niveau de prise en charge de prestations de prévention ainsi que des consultations du médecin traitant et des prescriptions de celui-ci.

*La participation forfaitaire acquittée par l'assurée pour chaque acte (notamment un euro pour chaque consultation) ne doit pas être prise en charge par la complémentaire.

Quel régime de transition ? Quel calendrier ?

Les régimes facultatifs bénéficient d'une période dite « transitoire » courant jusqu'au 30 juin 2008 pour l'exonération sociale durant laquelle les régimes qui bénéficiaient antérieurement à la loi Fillon d'une exonération de charges sociales continuent à en bénéficier. Les contributions concernées doivent notamment avoir été instaurée avant le 1er janvier 2005 et le montant de ces contributions ou la nature ou le niveau des prestations qu'elles financent ne doit en principe pas avoir été modifié après le 1er janvier 2005.

A partir de cette date, les régimes facultatifs perdront le bénéfice de l'exonération de charges sociales. De plus, les primes ne pourront pas faire l'objet d'une déductibilité fiscale.

Attention, un accord collectif, un accord ratifié à la majorité des salariés ne se modifie pas du jour au lendemain.

De plus, il faudra être vigilant quant au délai de résiliation des contrats d'assurance en cours.

Les textes de référence

Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui a cherché à

harmoniser les bases d'exonération en matière de cotisations de sécurité sociale (code de la Sécurité Sociale) et de déductibilité fiscale (code général des impôts) et créé des limites distinctes pour la retraite supplémentaire et la prévoyance complémentaire.

- **Régime fiscal**

- **Article 83, 1er quater du Code général des impôts** tel que modifié par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 dite « Loi Fillon »
Instruction fiscale 5F-15-05 n°195 du 25 novembre 2005

- **Régime Social**

- Circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005
- [Circulaire n°DSS/5B/2007/77 du 23 février 2007 modifiant la circulaire n°DSS/5B/2005/396 du 25 août 2005](#)
- Article L. 911-1 Code de la Sécurité Sociale
- Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 dite « Loi Fillon »
- Décret n° 2005-435 du 9 mai 2005
- Questions/réponses ministérielles du 21 juillet 2006

- **Article L. 432-3 alinéa 8 Code du travail : Information et consultation du Comité d'Entreprise**
- **Article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (« loi Evin ») Prévoyance**
- **Contrats responsables, notamment :**

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- Circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 relative aux modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales