

PARIS, le 29/11/2005

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION DU
RECOUVREMENT ET DU SERVICE
DIRRES

LETTRE CIRCULAIRE N° 2005-168

OBJET : Régime social des contributions patronales finançant des prestations de prévoyance complémentaire assurant l'indemnisation des frais de santé.

TEXTE A ANNOTER : Lettre-circulaire n°2005-089 du 9 juin 2005

Lettre-circulaire n°2005-130 du 13 septembre 2005

Lettre-circulaire n°2004-200 du 8 octobre 2004.

Le décret du 29 septembre 2005 précise les conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale des contributions patronales destinées au financement de prestations de prévoyance complémentaire prenant la forme du remboursement ou de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident..

La loi du 21 août 2003, portant réforme des retraites, a défini de nouvelles conditions et limites d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale des contributions patronales finançant des prestations de retraite ou de prévoyance complémentaire.

Outre le respect de ces conditions qui ont été présentées par les lettres circulaires de l'ACOSS n°2005-089 et 2005-130, l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale des contributions patronales finançant certaines prestations de prévoyance complémentaire est subordonnée au respect de règles particulières.

Ces règles particulières ont été introduites par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin d'accompagner la mise en œuvre du parcours de soins organisé autour du médecin traitant.

A cet effet, les garanties assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais de santé devront exclure ou au contraire comporter la prise en charge de certaines prestations.

Les contrats d'assurance complémentaire qui respecteront ces conditions spécifiques sont dits « *contrats responsables* ».

1 – LES CONTRIBUTIONS PATRONALES SOUMISES A CES REGLES SPECIFIQUES D'EXCLUSION DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE

Sont visées les seules contributions patronales ayant pour objet de financer le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident soit la prise en charge des frais de soins de santé (prestations en nature) tels que les frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre d'une hospitalisation (frais de séjour, frais de transport...).

Ne sont pas concernées les contributions patronales finançant des prestations en espèce telles que les indemnités journalières ou rentes complémentaires versées en cas de maladie ou invalidité.

2 - LES REGLES SPECIFIQUES D'EXCLUSION DE L'ASSIETTE DES COTISATIONS DE SECURITE SOCIALE

Elles sont fixées par les articles L.242-1 et L.871-1 du code de la Sécurité sociale et viennent d'être précisées par le décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 qui introduit dans le code de la Sécurité sociale deux nouveaux articles R.871-1 et R.871-2.

2.1 – INTERDICTION DE LA PRISE EN CHARGE PAR LE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Le contrat d'assurance complémentaire ne doit pas prendre en charge :

⇒ **la participation forfaitaire** à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.

Cette disposition est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 suite à la publication du décret n°2004-1453 du 23 décembre 2004 fixant la participation forfaitaire à 1 euro.

Les dispositions des contrats d'assurance, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur qui ne prévoient pas expressément la prise en charge de la participation forfaitaire sont réputés exclure son remboursement. (art. 40 de la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité sociale pour 2005).

Cette condition de non prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro n'est pas opposable aux garanties de prévoyance dont la contribution employeur bénéficie du régime transitoire prévu par l'article 113 IV de la loi du 21 août 2003. Ces contributions sont en effet exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale dans sa rédaction en vigueur antérieurement à la loi du 21 août 2003 laquelle ne faisait pas mention de l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro.

⇒ **la majoration de participation** de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.

Cette condition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

⇒ **les dépassements d'honoraires** sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant.

Cette condition de non prise en charge se limite au montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (7 euros à ce jour). La prise en charge du dépassement au delà de cette limite de 7 euros n'entraîne aucune conséquence au plan social.

Cette condition entre en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

⇒ **la majoration de participation** de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.

Compte tenu de la date de déploiement du dossier médical, cette condition n'entre en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2007, elle est opposable à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

2.2 – PRISE EN CHARGE MINIMALE PAR LE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE

Le contrat d'assurance complémentaire doit prendre en charge :

⇒ **au moins 30 %** du tarif opposable **des consultations du médecin traitant** ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant ;

⇒ **au moins 30 %** du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie **pour les médicaments**, 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, prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant ;

⇒ **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 ;

⇒ **la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention** considérées comme prioritaires.

La liste de ces prestations sera établie par arrêté interministériel pris après avis de la Haute autorité de santé.

Toutes ces conditions de prise en charge minimale entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2006, elles sont opposables à l'ensemble des contributions patronales versées à compter de cette date y compris celles bénéficiant du régime transitoire.

Les employeurs et organismes assureurs devront ainsi mettre en conformité leurs contrats d'assurance au plus tard le 31 décembre 2005 pour que les contributions patronales de prévoyance versées à compter du 1^{er} janvier 2006 continuent à bénéficier de l'exonération de cotisations de Sécurité sociale dans les conditions et limites fixées à l'article L.242-1 du code de la Sécurité sociale.

A compter du 1^{er} janvier 2006, l'absence de clauses contractuelles conformes à ces dispositions conduira à la réintégration dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale de l'intégralité de la contribution patronale destinée au financement des prestations de prévoyance complémentaire « frais de santé ».

Lorsque le contrat de prévoyance complémentaire couvre plusieurs risques (remboursement des frais de santé, couverture du risque incapacité et/ou invalidité sous forme de prestations en espèces, décès), seule la part de la contribution de l'employeur afférente au financement des prestations « remboursement frais de santé » est à réintégrer dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

Annexe

Tableau récapitulatif des conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale applicables aux contributions de l'employeur finançant des garanties de remboursement des frais de santé.

Conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale	Date d'entrée en vigueur
Non prise en charge de la participation forfaitaire à la charge des assurés (1 euro).	1 ^{er} janvier 2005
Non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Non prise en charge des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant (dans la limite de 7 euros).	1 ^{er} janvier 2006
Non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.	1 ^{er} juillet 2007
Prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments, 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, prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge d'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.	1 ^{er} janvier 2006
Prise en charge de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires.	1 ^{er} janvier 2006

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : SANS0522859D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 871-1 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 8 juillet 2005 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 21 juillet 2005 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Le livre VIII du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est complété par un titre VII intitulé :

« TITRE VII

« CONTENU DES DISPOSITIFS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE BÉNÉFICIAIRE D'UNE AIDE »

et comprenant deux articles R. 871-1 et R. 871-2 ainsi rédigés :

« *Art. R. 871-1.* – Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 ne peuvent comprendre :

« 1° La prise en charge de la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 ;

« 2° Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

« *Art. R. 871-2.* – I. – Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

« 1° D'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;

« 2° D'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;

« 3° D'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 mentionné à l'article L. 162-5-3.

« Le cas échéant, les taux de prise en charge minimale définis aux alinéas précédents sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L. 322-2, ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.

« Les dispositions du présent I sont applicables aux consultations effectuées sur prescription du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions y afférentes.

« II. – Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge totale de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations prévoyant, le cas échéant, les catégories de populations auxquelles elles sont destinées est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, des finances et du budget, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. »

Art. 2. – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole

du Gouvernement, et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 septembre 2005.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
DOMINIQUE BUSSEREAU

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,*
PHILIPPE BAS

DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ