

FICHE N°9

Champ des prestations complémentaires de prévoyance bénéficiant des dispositions d'exclusion d'assiette

I – Champ de la prévoyance complémentaire

Les contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance sont les contributions finançant des prestations complémentaires destinées à couvrir les risques liés à la maladie, la maternité, le décès, et l'accident du travail (A). Sont également assimilées à des contributions de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance les contributions destinées au financement de prestations dépendance (B).

Le système peut prévoir un maintien de ces garanties pour une période limitée après la cessation du contrat de travail. Si le financement de ce maintien est effectué de manière distincte, les sommes correspondantes sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les garanties qui sont prolongées.

Lorsqu'une prestation n'est pas une prestation de prévoyance complémentaire, la contribution de l'employeur destinée à son financement doit être intégrée dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Il appartient à l'organisme assureur de fournir à l'employeur les éléments permettant de distinguer la part de la cotisation finançant cette prestation.

A – Contributions des employeurs destinées au financement de prestations complémentaires

1) définition

Les prestations de prévoyance sont, quelle que soit leur dénomination, les capitaux décès et les allocations d'obsèques, les rentes de conjoint survivant, les rentes d'orphelin, les rentes ou capitaux d'invalidité, les remboursements de frais de santé, et les indemnités journalières complémentaires qui interviennent postérieurement aux périodes pendant lesquelles l'employeur est tenu de maintenir le salaire en application de la loi sur la mensualisation ou d'un accord collectif ayant le même objet. Cet accord collectif fixant une obligation de maintien de salaire à la charge de l'employeur peut prendre la forme d'une convention collective de branche, d'un accord professionnel ou interprofessionnel, d'une convention ou d'un accord d'entreprise ou d'établissement.

2) nature des garanties

Pour déterminer le caractère de prestations de prévoyance complémentaire au sens de l'article L. 242-1, sixième alinéa, du code de la sécurité sociale, il convient de considérer prioritairement si un lien avec les risques couverts par les régimes de base de sécurité sociale peut être établi. Ainsi et à titre d'exemple :

► une allocation versée à l'occasion d'une naissance revêt le caractère de prestation de prévoyance complémentaire, une telle allocation pouvant être rattachée au risque maternité. Le même raisonnement vaut à l'égard de l'allocation versée en cas d'adoption.

En revanche une allocation versée en cas de mariage n'est pas une prestation de prévoyance complémentaire.

► une allocation forfaitaire versée en cas d'hospitalisation est une prestation de prévoyance complémentaire si cette allocation est destinée à couvrir des frais non pris en charge par l'assurance maladie (forfait hospitalier, chambre individuelle, par exemple). En revanche, si cette allocation est versée sans contrepartie de frais restant à la charge de l'assuré, elle ne constitue pas une prestation de prévoyance complémentaire.

► constituent des prestations de prévoyance complémentaire les garanties d'assistance lorsqu'elles sont directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès. Ces prestations peuvent avoir pour objet :

- soit d'offrir aux assurés des prestations de nature médicale (mise à disposition d'un véhicule médical, envoi d'un médecin ou d'un infirmier, etc) ou d'en faciliter la délivrance (délivrance de médicaments à domicile, acheminement de médicaments à l'étranger, etc) ;
- soit de garantir des prestations similaires à celles admises dans le cadre des contrats couvrant le risque dépendance (cf. infra II) : aide ménagère, aide familiale, adaptation du domicile.

A contrario, ne constitue pas une prestation de prévoyance complémentaire la couverture des frais de recherche et de secours en mer, sur terre, sur piste ou en montagne.

Il sera néanmoins admis que, lorsqu'un petit nombre de garanties d'assistance sont indissociables d'un ensemble couvrant des garanties éligibles à l'exclusion d'assiette, et que la contribution patronale correspondante est inférieure à 10 € par an et par salarié, cette contribution puisse bénéficier de l'exclusion d'assiette.

► la couverture du risque d'inaptitude professionnelle, constitué par le retrait du permis de conduire ou la perte de licence des pilotes, s'analyse comme une prestation de prévoyance complémentaire si elle répond à certains critères : en premier lieu, limitation au retrait pour raisons médicales, bénéfice de la prestation subordonnée à certaines conditions.

B – Contributions de l'employeur destinées au financement de prestations dépendance

Sont également assimilées à des contributions de l'employeur au financement de prestations complémentaires de prévoyance, dans les mêmes conditions, les contributions destinées au financement de prestations dépendance au profit du salarié ou de son conjoint. La dépendance se caractérise par l'impossibilité d'accomplir seul des actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, préparer les repas...). La prestation dépendance peut prendre la forme d'une prestation en espèces, mais également, notamment, de la prise en charge du financement d'une aide à domicile, de l'aménagement du domicile ou bien encore de l'accueil en établissement spécialisé.

II – Définition des garanties portant sur un remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

Les contributions des employeurs au financement des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident bénéficient de l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, à la condition que les opérations d'assurance respectent les règles définies ci-après.

Ces règles sont entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2006 pour les garanties ayant pour objet le remboursement des frais de santé, instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel avant le 1^{er} janvier 2006, et au 1^{er} janvier 2008 pour les garanties prenant en charge exclusivement les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou des spécialités ou dispositifs inscrits sur une liste.

Le respect des interdictions et obligations de prise en charge s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé. Toutefois, le bénéfice de l'exclusion de l'assiette

des cotisations de sécurité sociale peut être apprécié au regard de l'ensemble des contrats souscrits par l'employeur selon les modalités précisées par la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006.

A - Exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de la participation à défaut de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant

Tout assuré ou ayant droit de seize ans ou plus doit indiquer, en application de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.

Une majoration de la participation de l'assuré est appliquée lorsque celui-ci n'a pas choisi de médecin traitant ou a consulté un autre médecin sans prescription du médecin traitant. Les conditions d'application de cette majoration sont définies à l'article R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale.

Cette condition est applicable aux contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2006, quelle que soit la date de leur institution.

B - Exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires en cas de consultation sans prescription préalable du médecin traitant en dehors du cadre d'un protocole de soins

Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui consultent certains médecins spécialistes sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins demeurent à la charge de l'assuré dans les conditions définies à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution est applicable aux contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2006, quelle que soit la date de leur institution.

C - Prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et aux prescriptions de celui-ci

L'opération d'assurance doit couvrir, dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, un certain niveau de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et à ses prescriptions. Il s'agit de la prise en charge totale ou partielle du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré. L'opération d'assurance doit également comprendre la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publiques (cf. arrêté du 8 juin 2006).

Cette condition est applicable aux contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance versées à compter du 1^{er} juillet 2006, quelle que soit la date de leur institution.

► Les clauses d'exclusion figurant dans les règlements ou contrats (exemple : état d'ivresse, utilisation de drogues, luttés, duels et rixes, attentats ou agressions auxquels participe le bénéficiaire, participation à des matches, paris, défis, courses, tentatives de record...), dès lors qu'elles empêchent la prise en charge du ticket modérateur édictée pour les contrats « responsables » à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, ne permettent pas de regarder le contrat ou le règlement comme remplissant les règles des contrats « responsables », aucune exception n'ayant été prévue par la loi pour le respect de ces obligations.

Les clauses d'exclusion des risques ne sont donc pas compatibles avec les obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur prévues par l'article R. 871-2 précité, qui doivent être effectives, quel que soit le fait générateur des soins.

► Le délai de carence prévu par certains contrats ou règlements différant à compter de l'adhésion ou de la souscription, pendant une durée déterminée, la date d'effet de la couverture frais de santé s'analyse comme une modalité d'entrée en vigueur, qui ne s'applique qu'une seule fois, au moment de l'adhésion ou de la souscription. Ce délai n'est pas en contradiction avec les règles définies à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dès lors qu'à l'issue de ce délai de carence, toutes les obligations de prise en charge sont assurées par le contrat ou le règlement.

D - Exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire pour chaque acte ou consultation et de la franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires

► La participation forfaitaire d'un euro acquittée par l'assuré pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisées au cours d'une hospitalisation ne doit pas être prise en charge par l'opération d'assurance. Il en est de même pour la participation forfaitaire de l'assuré due pour tout acte de biologie médicale.

En application de l'article 40, II, de la loi n° 20 04-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, les dispositions des contrats individuels ou collectifs, des bulletins d'adhésion et règlements des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord proposés par le chef d'entreprise et ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur mentionnées à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, relatifs à des garanties portant sur le remboursement de l'indemnisation de frais de soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputées ne pas couvrir la participation forfaitaire dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement ne prévoit pas expressément la prise en charge de cette participation.

► La franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires ne peut pas non plus être prise en charge par l'opération d'assurance.

Cette condition est applicable aux contributions des employeurs versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

En application de la loi de finances rectificative pour 2007, modifiée par l'article 37 de la loi n° 20 08-1425 de finances pour 2009 les dispositions des contrats individuels ou collectifs, des bulletins d'adhésion et règlements, relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais de soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputées ne pas couvrir la franchise instituée en application du III de l'article L. 322-2 du même code dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement ne prévoit pas expressément la prise en charge de cette franchise.