LETTRE CIRCULAIRE

n°2016 -0000006

GRANDE DIFFUSION

Réf Classement 1.010.04

Montreuil, le 22/01/2016

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION DU RECOUVREMENT ET DU SERVICE

EXPERTISE ET PRODUCTION JURIDIQUE

Affaire suivie par :
CHAUFFOUR Valérie /
FRIOT-HANNECART Fabienne

OBJET

Contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance

L'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifie les dispositions relatives aux régimes obligatoires et collectifs en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.
Compte tenu de son entrée en vigueur au 1er janvier 2016 et de la généralisation de la couverture complémentaire santé à cette date, des précisions sont apportées par le biais d'un document questions / réponses initié par les travaux de la branche et diffusé par la Direction de la Sécurité Sociale

Les dispositions issues de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale entrent en vigueur au 1er janvier 2016. Elles font l'objet de premières précisions, par le biais de questions-réponses, dans l'attente de la circulaire à paraître commentant les mesures de la Loi de financement de la sécurité sociale impactant le recouvrement des cotisations et contributions sociales.

A cette occasion, il est précisé que le champ de compétence des Urssaf en matière de prévoyance complémentaire de frais de santé concerne la bonne application de l'article L.242-1 alinéas 6 et suivants du code de la Sécurité sociale. Les obligations de l'employeur qui n'y sont pas codifiées, ou auxquelles cet article ne renvoie pas, telles que l'obligation de participation minimale de l'employeur ou l'obligation d'assurer la couverture de tous les salariés sans condition d'ancienneté, ressortent du droit du travail et de la compétence de l'inspection du travail.

Le Directeur

Jean-Louis REY

PJ : 1

Le caractère collectif et obligatoire du régime	
QR 1 : le bénéfice de l'exemption de cotisations sociales de la participation de l'employeur est-il conditionné au respect des articles L. 911-7 et suivants du code de la sécurité sociale ?	Non. L'obligation de généralisation de la couverture santé, qui consacre des droits au bénéfice des salariés relève du champ de compétence de l'administration du travail et du juge prud'homal. Les actes juridiques qui instituent ces couvertures en vue de répondre à cette obligation seront donc soumis à leur contrôle sans que la mise en place d'un autre organisme de contrôle et d'un autre juge de première instance soit nécessaire et opportun. Les organismes de recouvrement continueront à contrôler la bonne application des dispositions fixées aux alinéas 6 à 9 de l'article L. 242-1 et aux articles R. 242-1-1 à R. 242-1-6, non modifiés. Par conséquent, dès lors que l'employeur respecte les conditions posées à ces articles, il bénéficie des exonérations sociales prévues relatives aux contributions patronales de prévoyance complémentaire. Ainsi, par exemple, si un acte juridique instituant une couverture collective obligatoire en santé, conclu avant le 1er janvier 2016, prévoit une clause d'ancienneté (dans la limite de six mois), cette clause ne pourrait être retenue comme un motif de redressement de la part des URSSAF. De la même façon, la vérification du respect de l'obligation légale d'un financement minimal par l'employeur de l'ensemble de la couverture collective à caractère obligatoire ne relève pas de l'URSSAF
QR 2 : Quelles sont les dispenses d'adhésion à la complémentaire santé collective et obligatoire d'ordre public ?	Les dispenses de droit sont les suivantes : 1) Les salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) financée pour partie par le salarié. Dès lors que le financement des garanties frais de santé est exclusivement patronal, le cas de dispense doit nécessairement être inséré dans la DUE (L.circ. ACOSS du 12 août 2015). 2) Les salariés bénéficiant de l'ACS ou de la CMU-C, cette dispense jouant jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide. 3) Les salariés couverts par une assurance individuelle lors de la mise en place du régime collectif et obligatoire ou lors de l'embauche si elle est postérieure, et ce jusqu'à l'échéance du contrat individuel. 4) Les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes : * complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l'article L.242-1 * régime local d'Alsace-Moselle * régime complémentaire relevant de la CAMIEG * mutuelles des agents de l'Etat ou des collectivités territoriales issues des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 * contrats d'assurance groupe, dits Madelin. 5) Les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils

	bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois (article L.911-7 III). ***Exemple**: le salarié a un CDD de 2 mois. L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera de la couverture collective obligatoire pendant 4 mois. Le salarié n'est pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public.* Ces cas de dispense s'appliquent y compris dans le silence de l'acte juridique mettant en place le régime de frais de santé. Les autres cas de dispense prévus aux a), b) et c) de l'article R.242-1-6 2° ne sont pas remis en cause et doivent être insérés dans l'acte juridique pour pouvoir être invoqués par le salarié.
QR 3 : La demande de dispense du salarié obéit-elle à un formalisme particulier ?	La dispense est à l'initiative du salarié. Ce dernier doit déclarer le cadre dans lequel cette dispense est formulée (par exemple, le salarié demande à être dispensé car il bénéficie de l'aide à la complémentaire santé), la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter cette dispense (par exemple le nom de la mutuelle de fonctionnaire qui le couvre en tant qu'ayant droit s'il est dans ce cas de figure) ou le cas échéant la date de la fin de ce droit s'il est borné (par exemple l'échéance du contrat individuel qu'il avait souscrit antérieurement à la mise en place du régime collectif dans l'entreprise), il n'y a pas lieu de prévoir la production d'autres pièces ou justificatifs. Cette déclaration peut prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur. Afin de faciliter cette déclaration, un formulaire type sera publié au cours du mois de janvier 2016. Il permettra en outre au salarié de prendre connaissance des principales informations nécessaires à l'exercice de son choix. La dispense d'adhésion accordée dans ce cadre ne remet pas en cause le caractère obligatoire du régime.
QR 4 : La généralisation de la complémentaire santé en application de l'article L.911-7 remet-elle en cause la doctrine sur l'adhésion des ayants droit lorsque les conjoints travaillent dans la même entreprise ?	Non. Lorsque les époux travaillent dans la même entreprise et que le régime prévoit l'adhésion des ayants droit à titre obligatoire, un des époux est affilié en son nom propre et l'autre en tant qu'ayant droit. Lorsque le régime est à adhésion facultative pour les ayants droit, l'un des époux peut être affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit. La QR 47 de la circulaire ACOSS 2011-36 du 24 mars 2011 n'est pas remise en cause.
QR 5 : En cas de suspension du contrat de travail, l'employeur doit-il maintenir la couverture complémentaire en matière de frais de santé ?	Au regard de la législation de sécurité sociale, il convient de faire application de la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 qui distingue selon deux situations : La première concerne la suspension du contrat de travail donnant lieu à une indemnisation (par exemple, en cas d'arrêt maladie). Dans ce cas, la couverture doit être maintenue. La seconde concerne la suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à une indemnisation (par exemple, en cas de congé parental). Dans ce cas, aucune obligation n'est faite à l'employeur concernant le maintien de la couverture.

Le financement du régime	
QR 6 : Les sommes versées par l'employeur dans le cadre du comité d'entreprise peuvent-elles venir en déduction du financement de la part patronale ?	Non. La loi précise que « l'employeur assure au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ». La participation du comité d'entreprise pourra donc venir en déduction du financement de la part salariale, mais l'employeur doit assurer un financement minimal de 50 % de l'ensemble de la couverture collective à adhésion obligatoire. Dans ce cas, les conditions dans lesquelles l'exemption d'assiette peut s'appliquer à la prise en charge des cotisations par le comité d'entreprise restent inchangées (Cf. QR 19 de la lettre circulaire ACOSS du 4 février 2014).
QR 7 : Comment la part minimale de financement à la charge de l'employeur sera calculée en cas de couverture famille ?	Lorsque l'employeur impose la couverture obligatoire des ayants droit et que ces derniers sont couverts dans le contrat collectif et obligatoire de l'entreprise, la cotisation obligatoire à la charge du salarié est bien la cotisation famille et donc l'employeur doit s'engager à hauteur de 50 % de cette cotisation.
Le régime transitoire	
QR 8 : Quelles modifications de l'acte juridique font perdre aux contrats d'assurance le bénéfice de la période transitoire pour l'application des nouvelles dispositions relatives au caractère responsable du contrat d'assurance ?	Les modifications de l'acte juridique ne portant pas sur les garanties ne font pas perdre le bénéfice de la période transitoire. A titre d'exemple, la modification de l'acte juridique visant à se mettre en conformité avec les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ou à mettre en œuvre les nouveaux outils qu'elle définit permet aux contrats d'assurance pris sur son fondement de continuer d'ouvrir droit au bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au plus tard le 31 décembre 2017. De même, la mise en œuvre du financement 50/50, la suppression des clauses d'ancienneté ou de l'organisme désigné ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire.
Le versement santé	
QR 9: L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 instaure un dispositif dit « versement santé ». Quel est le régime social du montant versé à ce titre ?	L'article L.242-1 s'applique aux sommes versées au titre du versement santé instauré par l'article L.911-7-1. Elles sont exonérées de cotisations sociales dans les conditions et limites fixées par cet article et soumises à la CSG-CRDS, et le cas échéant au forfait social au taux de 8 %, si celui-ci emploie au moins 11 salariés.

QR 10 : Comment est calculé le montant du versement santé ?	Ce montant est calculé mensuellement (le montant versé tenant compte de la durée du contrat) en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Pendant la phase d'appropriation des modalités relatives au calcul du versement santé, les organismes de recouvrement respecteront des consignes de souplesse et de bienveillance dans les contrôles. Il s'attacheront en particulier lors des contrôles de l'application du régime social afférant au versement santé à ne pas procéder à des régularisations en cas de calcul erroné des contributions versées au cours des six premiers mois de l'année 2016 et à faire preuve de pédagogie dans les observations apportées **Montant de référence versé aux salariés** : Le montant correspond, pour la période concernée, à la contribution que l'employeur aurait versé pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle il appartient ; Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé pour la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié, le montant de référence est fixé à 15 €. Ce montant est de 5 € pour les salariés relevant du RLAM ; Lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, il est appliqué le coefficient suivant sur la part forfaitaire : $$x = \frac{montant\ de\ la\ contribution\ \times\ (nombre\ d'heures\ mensualisées \leq 151{,}67)}{151{,}67}$$ En tout état de cause, le montant de référence ne peut être inférieur à 15 € ou 5 € pour les salariés relevant du RLAM, ces montants étant proratisés dans les mêmes conditions que lorsque le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire ; **Montant du coefficient :** Il correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale : Il est appliqué un coefficient de majoration au montant de référence, représentatif de la portabilité prévue à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale. Ce coefficient est de : ✓ 105 % pour les salariés en CDI ✓ 125 % pour les salariés en CDD ou contrat de mission. **Cas pratiques :** **Exemple n°1:** la contribution de l'employeur est égale à 1 % du salaire. Le salaire est de 1500 €. Dans ce cas, le montant de référence sera de 15 € (1 % × 1500 =15 €). Pour un salarié en CDD, le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 18,75 € (15 × 125 %). **Exemple n°2** : la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié travaille 35h par semaine à temps plein dans le cadre d'un CDD de moins de 3 mois, pour lequel le contrat collectif obligatoire ne lui garantit pas une couverture en complémentaire santé d'au moins trois mois. Dans ce cas, le montant de référence est égal à 20 €. Le

	coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 25 € (20 × 125 %). **Exemple n° 3 :** la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié travaille 50 heures par mois, dans le cadre d'un CDI. Dans ce cas, le montant de référence est égal à 10 € (20 × 50 / 151,67= 6,59€ > 15 × 50 / 151,67 = 4,95 €). Le coefficient de majoration sera de 105 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 6,92 € (6,59 × 105 %). **Exemple n°4** : la contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 €. Le salarié a un contrat de travail de 15 jours travaillés à temps plein (journée de 7h). Dans ce cas, le montant de référence est égal à 13,84 € (= 20 × 7 × 15 / 151,67). Le coefficient de majoration sera de 125 % : le montant mensuel versé aux salariés sera donc de 17,30 € (13,84 × 125 %)