

# Guide Pratique

## Taxe de solidarité additionnelle

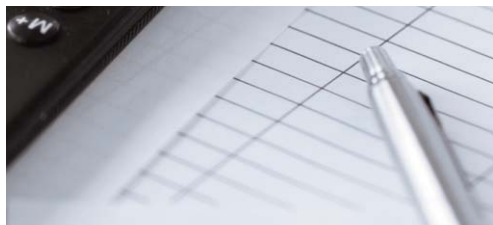
Obligations relatives à la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) due par les mutuelles, institutions de prévoyance ou compagnies d'assurance intervenant dans le remboursement des frais de santé (Article L862-4 à L862-8 du code de la Sécurité sociale).

Les déclarations sont effectuées trimestriellement les derniers jours du mois qui suit le trimestre échu et sont complétés par une déclaration récapitulative annuelle.

Édition 2018

S 0000





# OBLIGATIONS DÉCLARATIVES

## OBLIGATION DE DÉMATÉRIALISATION ET SANCTION EN CAS DE NON RESPECT (Article R862-11 du code de la Sécurité sociale)

« Article R862-11 - I. - Les organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4 adressent chaque trimestre aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 une déclaration comportant notamment :

- 1° L'assiette et le montant de la taxe due par chaque organisme mentionné au I de l'article L. 862-4 ;
- 2° Le nombre de personnes bénéficiant, auprès de cet organisme, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 par application des dispositions du b de l'article L. 861-4 et le montant global de cette prise en charge ;
- 3° Le nombre de personnes ouvrant droit, au bénéfice de cet organisme, au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 et le montant global de ce crédit d'impôt.

**II.** - Ces mêmes organismes adressent annuellement aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 une déclaration au titre de l'année civile précédente, comportant la valeur définitive des éléments mentionnés au I du présent article.

**III.** - Un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale détermine le modèle des déclarations mentionnées au I et au II et précise les dates de leur communication.

**IV.** - Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 862-5 communiquent au fonds les éléments portés sur les déclarations mentionnées aux I et II du présent article. Les modalités de communication de ces éléments sont déterminées par une convention signée entre le fonds et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et approuvée par le ministre chargé de la Sécurité sociale. »

« Article R862-11-5 - La méconnaissance de l'obligation de déclaration ou de versement par voie dématérialisée dans les conditions prévues à l'article R. 862-11-4 entraîne l'application d'une majoration dans la limite de 0,2 % de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4. ».

La déclaration dématérialisée est accessible sur le service en ligne mise à votre disposition sur [www.urssaf.fr](http://www.urssaf.fr) ( *Espaces dédiés / Taxe de solidarité additionnelle* ) et doit être remplie par toutes :

- mutuelles régies par le code de la mutualité,
- institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime,
- entreprises régies par le code des assurances,
- organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

Le recouvrement de la taxe est confié par décision du directeur de l'Acoss à l'Urssaf d'Ile-de-France.



# DÉTERMINATION DE L'ASSIETTE DE CONTRIBUTION

## DETERMINATION DE L'ASSIETTE DE LA TAXE

L'ensemble des contrats d'assurance pour les frais médicaux est soumis à la taxe solidarité additionnelle, qu'ils soient :

- individuels ou collectifs ;
- d'adhésion obligatoire ou d'adhésion facultative ;
- solidaires ou non-solidaires ;
- responsables ou non- responsables ;
- souscrits à titre professionnel ou souscrits à titre privé ;
- que le mode de leur financement provienne de l'employeur ou directement de l'assuré.

La taxe s'applique également aux :

- contrats souscrits par des assurés sociaux pour compléter les remboursements effectués par leur régime de sécurité sociale (assurance maladie complémentaire), soit par des non assurés sociaux (travailleurs frontaliers, etc.) ;
- garanties assurant le versement d'indemnités temporaires, quelles que soient leurs modalités de calcul (forfaitaire, prorata du revenu ou d'une base,...etc), venant s'ajouter aux prestations en espèces versées par la Sécurité sociale ;
- garanties couvrant le versement d'indemnités constituant un revenu de

remplacement, pour les assurés dont les régimes de sécurité sociale obligatoires d'affiliation ne prévoit pas pour l'assurance maladie, maternité ou accident de prestations spécifiques.

**Sont cependant exclus de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle :**

- les contrats prévoyant le versement d'une rente, ou d'un capital en cas de maladie, de maternité, d'accident corporel, d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès de l'assuré qui n'entrent pas dans la définition des contrats d'assurance maladie visés par la TSA ;
- les primes ou cotisations strictement afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage car elles ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé ;
- les opérations de réassurance ;
- les garanties ayant un lien avec la santé (prévues par des contrats de nature différente) à la seule condition que ces garanties ne viennent pas en complément d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.



## INFORMATIONS RELATIVES À LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE

À déclarer sur le **CTP 130**, les contrats d'assurance complémentaire santé solidaires et/ou responsables

Correspond à l'assiette des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles et collectives à **adhésion facultative**, sous réserve que :

- l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ;
- et que ces garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale (critères du contrat « responsable » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).

Correspondant à l'assiette des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations collectives à **adhésion obligatoire**, sous réserve que :

- les cotisations ou primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (critère du contrat « solidaire ») ;
- et que ces garanties respectent les conditions prévues au même article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale (critères du contrat « responsable » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales).

## À déclarer sur le **CTP 131**, les contrats d'assurance complémentaire santé non solidaires et/ou non responsables

Correspond à l'assiette des contrats d'assurance maladie complémentaire relatifs à des opérations individuelles à adhésion facultative et des opérations collectives à adhésion facultative ou obligatoire ne respectant pas les critères

du contrat « responsable » et/ou du critère du contrat « solidaire » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

## À déclarer sur le **CTP 132**, les contrats de santé agricoles solidaires et/ou responsables

Correspond à l'assiette des garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant des personnes physiques ou morales, qui exercent exclusivement, ou principalement, une des professions agricoles ou connexes à l'agriculture, définies aux articles L. 722-4 et L. 722-9, au 1° de l'article L. 722-10 et aux articles L. 722-21, L. 722-28, L. 722-29, L. 731-25 et L. 741-2 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que leurs salariés et les membres de la famille de ces personnes, lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation, si les garanties respectent les conditions prévues à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Sont ainsi concernés :

- les personnes non salariées et exploitants qui exercent exclusivement ou principalement une profession agricole ou connexe tels que la culture, l'élevage, la conchyliculture, la pisciculture ou les travaux forestiers à l'exception, toutefois, de l'achat de coupes de bois en vue de

leur revente dans des conditions impliquant l'inscription au registre du commerce en tant que commerçant ;

- les salariés et assimilés visés aux articles L. 722-1, L. 722-20 et L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime ;
- les membres de la famille de ces personnes lorsqu'ils vivent avec elles sur l'exploitation. Par membre de la famille, il faut entendre le conjoint, les ascendants, les descendants, les frères et sœurs et les alliés au même degré de l'exploitant ou du salarié.

L'affiliation à la Mutualité sociale agricole (MSA) constitue une présomption irréfragable de respect des critères ci-dessus énoncés. Il appartient à l'organisme complémentaire d'apporter la preuve du respect des conditions d'application de ce taux de TSA spécifique. Une photocopie de la carte d'affilié à la MSA ou toute autre attestation émanant de la MSA peut constituer cette preuve.

### À déclarer sur le **CTP 133**, les contrats de santé agricoles

#### non solidaires et/ou non responsables

Correspond à l'assiette des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant des personnes physiques ou morales du régime agricole tel quel défini ci-dessus, ne respectant pas les critères du contrat « responsable » et/ou du critère

du contrat « solidaire » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

### À déclarer sur le **CTP 134**, les contrats indemnités journalières (IJ)

#### solidaires et/ou responsables

Correspond aux garanties assurant le versement d'indemnités s'ajoutant aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale en cas de maladie, de maternité et d'accident, quelles que soient leurs modalités de calcul (forfaitaire, pourcentage du revenu ou d'une base, ...), aux assurés pour lesquels cette couverture constituant un revenu de remplacement n'est pas organisée par les régimes de

Sécurité sociale obligatoires auxquels ils sont affiliés.

Cette disposition s'applique sous réserve que l'organisme respecte les critères du contrat « responsable » et/ou du critère du contrat « solidaire » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

### À déclarer sur le **CTP 135**, les contrats indemnités journalières (IJ)

#### non solidaires et/ou non responsables

Correspond aux garanties assurant le versement d'indemnités s'ajoutant aux indemnités journalières versées par la sécurité sociale, ne respectant pas les critères du contrat « responsable » et/ou

du critère du contrat « solidaire » précisés par la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

### À déclarer sur le **CTP 136**, les contrats au 1<sup>er</sup> euro

Correspond aux garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un

régime obligatoire d'assurance maladie français (couverture au 1<sup>er</sup> euro, travailleur frontalier assuré auprès d'une assurance de base à l'étranger).

## À déclarer sur le **CTP 993**, les contrats de l'article 998 1° du CGI

Correspond à la seule fraction de prime afférente aux garanties d'assurances de groupe et opérations collectives, lorsque la souscription est réalisée par :

- une entreprise, ou un groupe d'entreprises au profit de ces salariés,
- un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ces salariés,
- une organisation représentative d'une profession non salariée,
- une organisation représentative ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres,

- un régime collectif de retraite.

Les contrats pouvant bénéficier des dispositions de l'article 998 1° du CGI donner lieu au paiement d'une prime ou d'une cotisation dont 80 % au moins du montant total sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

*À noter : Les autres garanties restent soumises aux conditions des contrats énoncés ci-dessus ainsi qu'au taux en vigueur.*

## À déclarer sur le **CTP 079**, les dépenses opérées au titre de la CMUC

Les remboursements sur la base des dépenses de protection complémentaire en matière de santé (couverture maladie universelle complémentaire) réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire dont le montant est fixé par décret (article L. 862-2-a du code de la Sécurité sociale).

Son montant est revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année et est constaté annuellement par arrêté des ministres chargés du budget et de la Sécurité sociale.

Déclarations trimestrielles : les organismes déduisent un acompte forfaitaire CMUC, par trimestre et par bénéficiaire présent dans ses effectifs au dernier jour du deuxième mois du trimestre civil concerné. Ces acomptes font l'objet d'une régularisation annuelle en année N+1, à partir du montant des dépenses définitives de l'année N.

Tableau récapitulatif annuel: lors de la déclaration annuelle, l'effectif mentionné sur la ligne du CTP 079 est la moyenne du nombre de bénéficiaires des quatre trimestres.

Pour déterminer le « montant total des dépenses CMUC-C à prendre en charge par le Fonds CMU », il convient de reporter le montant le plus faible entre :

- le « montant maximum du remboursement » ;
- le « montant total de la dépense réellement engagée ».

Ces sommes doivent être soustraites du montant de la TSA sur le formulaire déclaratif.

Ce montant correspond, conformément à l'article D.862-2 du code de la Sécurité sociale, au quart des neuf dixièmes du montant du forfait annuel. Pour 2017, ce montant a été fixé à 415 € (arrêté du 14 décembre 2016 JO du 17 décembre 2016), soit 93,38 €. Pour 2018, ce montant a été fixé à 408 € (arrêté du 30 décembre 2017 JO du 31 décembre 2017), soit 91,80 €.



## À déclarer sur le **CTP 081**, le décompte des dépenses de l'ACS

Le montant de l'aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS) fixé à l'article L. 863-1 du code de la Sécurité sociale, est déductible par quart du montant de l'aide annuelle accordée pour chaque bénéficiaire présent au dernier jour du 2<sup>e</sup> mois du trimestre civil pour lequel la taxe est due.

**Déclarations trimestrielles :** le montant trimestriel et par bénéficiaire, de l'ACS à déduire, est égal au quart du montant annuel de l'aide au paiement de la complémentaire santé.

**Tableau récapitulatif annuel :** l'effectif mentionné sur la ligne du CTP 081 est la moyenne du nombre de bénéficiaires des quatre trimestres.

Le montant de l'aide varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, et couvertes par le contrat.

Le montant de l'aide est ainsi fixé à

- 100 € par an pour les personnes âgées de moins de 16 ans ;
- 200 € par an pour les personnes âgées de 16 à 49 ans ;
- 350 € par an pour les personnes âgées de 50 à 59 ans ;
- 550 € par an pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Ces sommes doivent être soustraites du montant de la TSA sur le formulaire déclaratif.

## À déclarer sur le **CTP 270**, la participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale

Le montant de la participation des organismes complémentaires au financement des nouveaux modes de rémunération par le biais du « forfait médecin traitant » doit être renseigné et versé avec la déclaration du 4<sup>e</sup> trimestre (au 31 janvier N+1).

Cette participation calculée par rapport au nombre de personnes ayant bénéficié au cours de l'année civile précédente (N-1), de la prise en charge par leur organisme

complémentaire, du ticket modérateur, à l'occasion d'une consultation, ou d'une visite effectuée chez leur médecin traitant (à l'exception des bénéficiaires de la CMU complémentaire et des assurés et ayants droit de moins de 16 ans, au 31 décembre N-1).

Le résultat de cette opération constituera « l'effectif » qui doit être renseigné par l'organisme et multiplié par le montant du forfait annuel médecin traitant pour déterminer la participation due.

**À noter :** En vue de l'estimation des effectifs pour la détermination par arrêté du montant du forfait annuel médecin traitant, il doit être renseigné sur le tableau récapitulatif annuel N les effectifs au 31/12/N.

Le montant du forfait annuel a été fixé à 5 € par assuré pour 2017 (Article 31 de la LFSS 2017) et 8,10 euros par assuré pour 2018 (Article 21 de la LFSS 2018).

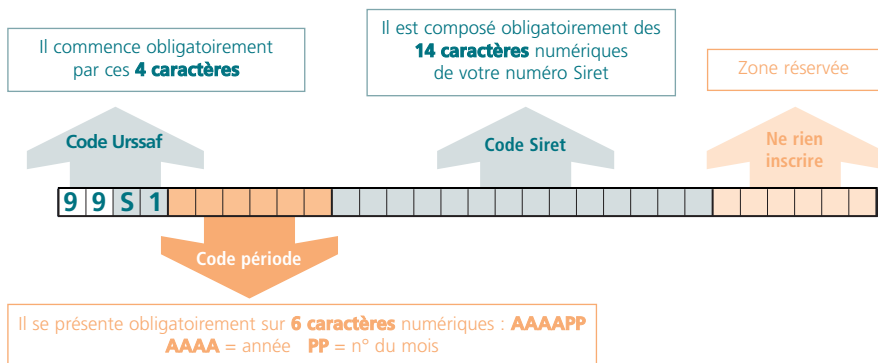
# RÈGLEMENT DE LA CONTRIBUTION

Le paiement devra être effectué par virement bancaire sur le compte de l'Urssaf conformément à l'article R862-11-4 du code de la Sécurité sociale.

L'ordre de virement est accompagné des références permettant l'identification du redevable ainsi que celle de la période au titre de laquelle le versement de la taxe est due.

Ces références doivent être conformes à la codification indiquée par l'organisme en charge du recouvrement.

Le «libellé» de votre virement doit être composé comme suit :



Si le montant des diverses déductions déclarées s'avère supérieur à la Taxe, l'entreprise devra faire parvenir à l'Urssaf une demande de remboursement du solde négatif, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire original.

## SANCTIONS EN CAS DE NON RESPECT DE SES OBLIGATIONS PAR L'ENTREPRISE DÉCLARANTE

Le Décret n° 2016-272 du 4 mars 2016 relatif aux modalités de déclaration et de recouvrement applicables à la taxe de solidarité additionnelle instaure des obligations, assorties de pénalités spécifiques liées au recouvrement de la TSA :

- une obligation de dématérialisation des déclarations, trimestrielles et récapitulatives annuelles, de la taxe de solidarité additionnelle,
- une obligation de paiement sous forme dématérialisée de la taxe TSA (virement bancaire).

### **Retard, défaut de production ou inexactitude de la déclaration :**

Les déclarations doivent être validées, pour chaque redevable, au plus tard au jour de l'exigibilité, un défaut de production dans les délais prescrits des documents relatifs à la TSA entraîne une sanction d'un montant forfaitaire de 3 750 €.

Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

Une pénalité de 750 € est également encourue en cas d'inexactitude de la déclaration produite (article R862-11-1 du code de la Sécurité sociale).

Par ailleurs, si les déclarations n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou sont manifestement erronées le montant de la TSA peut être provisoirement fixé par l'Urssaf (Article R862-11-2 du code de la Sécurité sociale).

### **Retard de paiement de la contribution :**

Si la contribution éventuellement due ou la contribution provisionnelle n'est pas versée à l'Urssaf à son exigibilité, l'entreprise encourt une majoration de retard fixée à 5 % du montant de la contribution.

Une majoration de retard complémentaire fixée à 0,4 % par mois ou fraction de mois écoulé, soit 4,8 % par an, est calculée à compter de la date d'exigibilité de la contribution (articles R. 138-24 et R 243-18 du code de la Sécurité sociale).

### **Défaut d'obligation de dématérialisation :**

La méconnaissance de l'obligation de déclaration dématérialisée, ou de versement par voie dématérialisée entraîne l'application d'une majoration dans la limite de 0,2 % (Article R862-11-5 du code de la Sécurité sociale).

### **Remise des majorations de retard et des pénalités :**

Les pénalités mentionnées peuvent faire l'objet d'une demande gracieuse, de réduction, ou de remise selon les modalités prévues aux articles R. 243-19-1 et R. 243-20.

## **RECOUVREMENT ET CONTRÔLE DE LA CONTRIBUTION**

La TSA est recouvrée et contrôlée suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5 du Code de la Sécurité sociale.

Les orientations en matière de contrôle sont définies par le fonds institué à l'article L. 862-1 du Code de la Sécurité sociale, au vu notamment des vérifications opérées par celui-ci, en liaison avec les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général concernés.

L'Urssaf Ile-de-France a été désignée territorialement compétente en matière de recouvrement de la TSA.

