https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dss5-a-n-2004-155-du-29-mars-2004-relative-au-prelevement-de-175-a-la-charge-des-organismes-de-couverture-complementaire/
Circulaire DSS/5 A n° 2004-155 du 29 mars 2004 relative au prélèvement de 1,75 % à la charge des organismes de couverture complémentaire
29/03/2004
Date d'application : immédiate.
Références :
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999

portant création d'une couverture maladie universelle (J.O. du 28 juillet 1999) ;
Circulaire ministérielle du 11 janvier 2000 (DSS-SDFGSS-Bureau 5A-n° 847/1999)
Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à M. le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ; M. le directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
1. Champ d'application territorial de la contribution
L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale assujettit les organismes de couverture complémentaire à une contribution assise sur les primes ou cotisations afférentes à leur activité de protection complémentaire en matière de frais de santé réalisée en France.
La notion « d'activité en France » n'est pas attachée au lieu du siège social de l'organisme de couverture complémentaire. Elle fait référence au lieu de résidence du client ou de l'adhérent. Dès lors que le contrat est conclu avec une personne résidant en France, les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire doivent être intégrées dans l'assiette de la contribution. Il en va de même lorsque le contrat est conclu avec une entreprise implantée en France, qui procure une couverture complémentaire à ses employés, que ces derniers résident ou non en France.
2. L'assiette
2.1. Appréciation du caractère complémentaire de la couverture
Les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ne sont prises en compte dans l'assiette de la contribution que si la couverture revêt un caractère complémentaire à un régime de base. Sont donc exclues de l'assiette les primes ou cotisations afférentes à une protection complémentaire formant un ensemble indivisible avec le régime de base (cas notamment des régimes spéciaux).
2.2. Appréciation du caractère complémentaire des prestations
au titre des frais de soins de santé
L'article L. 862-4-I 2° alinéa dispose que les cotisations ou primes entrant dans l'assiette de la contribution de 1.75 % sont celles « afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ».
Les cotisations et primes entrant dans l'assiette de la contribution sont celles destinées au financement de tous soins de santé (prestations en nature au titre de la maladie, de la maternité, d'un accident, à l'exception des prestations en espèces, comme par exemple, les indemnités versées en cas d'arrêt maladie). Il importe peu à cet égard que les conditions d'ouverture de droit aux prestations concernées soient identiques ou non à celles prévues par les régimes obligatoires de sécurité sociale, y compris lorsque ces derniers n'interviennent pas dans la prise en charge de tout ou partie des mêmes frais de soins de santé que les organismes complémentaires.
Il peut s'agir notamment de prestations destinées à assurer la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre de l'hospitalisation (frais de séjour, de transport...).
2.3. Précisions sur les éléments constituant l'assiette
En matière de réalisations sanitaires et sociales des mutuelles, entrent dans l'assiette de la contribution les cotisations destinées au financement de réalisations sanitaires et sociales qui fournissent des prestations en nature au titre des frais de soins de santé. Ainsi la fraction de la cotisation des adhérents affectée au financement d'une structure de soins (clinique mutualiste par exemple) entre dans l'assiette de la contribution de 1,75 %.
Les primes afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage ne couvrent pas des frais relatifs à des frais relatifs à des soins de santé. Les cotisations destinées au financement de ces dépenses n'ont donc pas à être intégrées dans l'assiette de la contribution.
En référence au paragraphe 2.2, le forfait hospitalier fait partie des soins de santé, notion qui recouvre l'ensemble des dépenses exposées à l'occasion d'une maladie, d'une maternité, d'un accident : dès lors, la part des cotisations finançant le forfait hospitalier doit être intégrée dans l'assiette du prélèvement.
Régime applicable aux dotations perçues par les organismes complémentaires.
L'ensemble des dotations en espèces sont assujetties à la contribution de 1,75 %, quelle que soit leur qualfication (subvention de fonctionnement, subvention d'équilibre, participation), qu'elles soient chiffrées individuellement pour chaque assuré adhérent, ou globalement pour assurer l'équilibre financier de l'organisme complémentaire et quelle que soit l'origine des fonds (notamment versement par l'assuré adhérent, ou dans un cadre professionnel également par l'employeur ou le comité d'entreprise...), dans la mesure où ces sommes sont perçues par un organisme de couverture complémentaire pour gérer le risque frais de santé.
En revanche, sont exclus de l'assiette les moyens matériels mis à disposition d'un organisme de couverture complémentaire.
Majoration du montant de la prime émise pour la part correspondant au montant de la taxe.
Aux termes de la loi, la contribution de 1,75 % est due par les organismes de couverture complémentaire et non par les assurés.
Dès lors, si la cotisation recouvrée par l'organisme assureur est majorée afin que soit répercutée sur l'assuré adhérent la contribution de 1,75 %, normalement à la charge de l'organisme assureur, il convient de considérer que cette majoration entre dans le calcul du coût de la couverture du risque frais de santé et par conséquent entre dans l'assiette de la taxe de 1,75 %.
La part des primes ou cotisations correspondant aux frais de gestion est comprise dans l'assiette de la contribution.
L'ensemble des éléments (gestion technique, gestion administrative, marge, etc.) formant le montant des primes et cotisations doit être intégré dans l'assiette de la contribution.
3. Modalités de ventilation entre les primes et cotisations se rapportant à la couverture de plusieurs risques
La ventilation entre les primes et cotisations se rapportant aux soins de santé et les primes destinées à la couverture d'autres risques doit être établie sur des bases comptables indiscutables.
Les primes afférentes aux frais de soins de santé doivent être seules assujetties et isolées à cet effet.
En l'absence de toute autre possibilité, il peut être admis d'opérer cette ventilation au prorata des prestations servies aux adhérents aux cours de l'année N-1 sur chacun des risques couverts par cette cotisation, sous réserve que puisse être communiqué aux organismes en charge du recouvrement tout élément justifiant de la pertinence de la proratisation retenue (justificatifs identifiant précisément les dépenses de soins et les dépenses liées à d'autres risques).
4. Fait générateur et date du versement de la contribution
L'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale dispose que « les sommes dues au titres de la contribution sont versées, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil, au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent ».
La notion de cotisations ou primes recouvrées s'entend comme l'ensemble des cotisations ou primes effectivement encaissées.
Le montant de la contribution est donc calculé sur la base des cotisations et primes effectivement encaissées, déduction faite des remboursements.
1er cas : La cotisation est annuelle, émise et recouvrée en janvier N : la cotisation est assujettie le premier trimestre de l'année N, elle donnera lieu au paiement de la contribution le 30 avril N.
2e cas : La cotisation est annuelle, émise en janvier N mais recouvrée trimestriellement au cours de l'année N : la fraction de cotisation arrivant à l'échéance chaque trimestre, et effectivement recouvrée, donnera lieu au paiement de la contribution le dernier jour du mois suivant ce trimestre (soit les 30/04, 31/07, 31/10 de l'année N et le 31/01 de l'année N+1).
5. Les conséquences de la déduction forfaitaire sur l'assiette de la contribution
Le montant de la contribution est obtenu en appliquant au montant hors taxes des primes ou cotisations recouvrées le taux de 1,75 %.
De ce montant, les organismes de couverture complémentaire déduisent un montant égal à 75 EUR (cette disposition entre en vigueur pour la contribution versée au titre du premier trimestre 2004 conformément à l'article 140 de la loi de finances pour 2004 n° 2003-1311) par trimestre et par bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé, géré le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due.
En conséquence, n'étant pas assimilée à une cotisation ou à une prime, la déduction forfaitaire de 75 EUR, effectuée ou perçue au titre de la gestion des bénéficiaires de la couverture complémentaire, n'affecte pas l'assiette de la contribution.
Le montant représentatif de la déduction doit en revanche être soustrait du montant de la contribution elle-même et apparaître en déduction sur la déclaration trimestrielle.
6. Précisions quant à la réassurance
Les opérations de réassurance (opérations exclues de la contribution par la loi) sont des opérations par lesquelles un organisme assureur se fait assurer à son tour pour tout ou partie des risques qu'il garantit : l'exonération afférente à ces opérations ne concerne que le seul réassureur à raison des primes qu'il recouvre dans le cadre de la réassurance.
7. Déclarations dans le cadre de mutuelles substituées
Dans le cas de mutuelles substituées (encaissement des cotisations et versement des prestations effectués par les mutuelles substituantes), seules celles inscrites en leur nom sur la liste des organismes volontaires pour gérer des bénéficiaires de la CMU-C, et qui en gèrent effectivement, doivent faire une déclaration en leur nom, au moins pour déclarer les bénéficiaires.
Les présentes dispositions sont applicables aux versements de la contribution due au titre du deuxième trimestre civil de l'année 2004.
Pour les contrôles en cours, c'est-à-dire non clôturés par une lettre d'observations notifiée à l'organisme assujetti à ladite contribution, qu'ils visent l'assiette ou les déductions opérées dans les conditions prévues par la convention signée à cet effet entre l'ACOSS et le Fonds, les présentes dispositions sont d'application immédiate.
*
* *
Nos services se tiennent à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire que vous pourriez souhaiter.
Vous voudrez bien nous faire parvenir un bilan détaillé relatif aux opérations de recouvrement de la contribution, ainsi qu'à la mise en oeuvre de la présente circulaire, au 1er juillet 2005.
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale, D. Libault