

DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

INSTRUCTION DU 3 NOVEMBRE 2009

7 I-1-09

TAXE SPECIALE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE. EXONERATION DES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE
COMPLEMENTAIRE DITS « CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES ».

(C.G.I., art. 995.15° et 16°)

NOR : ECE L 09 30012 J

Bureau D 1

PRESENTATION

Les 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts prévoient depuis le 1er octobre 2002 une exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « solidaires » qui respectent certaines conditions.

Depuis le 1er janvier 2006, l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (publiée au Journal officiel du 17 août 2004) a restreint le champ d'application de ces exonérations aux seuls contrats d'assurance maladie solidaires également qualifiés de « responsables ». Ces contrats doivent respecter les conditions prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale qui prévoient des interdictions de prise en charge et des obligations minimales de prise en charge de certaines garanties.

La présente instruction commente ces dispositions.

•

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : DEFINITION DES CONTRATS RESPONSABLES	5
Section 1 : Opérations d'assurance concernées	6
Section 2 : Interdictions de prises en charge	9
Section 3 : Obligations minimales de prises en charge	13
CHAPITRE 2 : REGIME FISCAL EN MATIERE DE TSCA DES CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES	16
Section 1 : L'exonération de la TSCA s'apprécie par convention	17
Section 2 : Le cas particulier des contrats multiples	20
Section 3 : Entrée en vigueur	23
Annexe 1 : Extraits des textes législatifs	
Annexe 2 : Extraits du code de la sécurité sociale (version en vigueur au 1^{er} avril 2009)	
Annexe 3 : Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code	

INTRODUCTION

1. Les contrats responsables s'inscrivent dans une démarche de gestion du risque que les pouvoirs publics ont souhaité promouvoir dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Ils visent à favoriser une meilleure prise en charge globale de tous les assurés sociaux, à les inciter à respecter le parcours de soins et à optimiser les dépenses de santé.

Pour bénéficier de l'appellation de « contrat responsable », ces contrats doivent respecter, au titre des garanties « frais de soins », un certain nombre d'interdictions et d'obligations de prise en charge. En contrepartie, et s'ils sont aussi des contrats « solidaires », ces contrats spécifiques bénéficient d'une exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA).

2. Cette méthode avait déjà été mise en œuvre en 2002 avec la création des contrats dits solidaires. Depuis le 1^{er} janvier 2002, les 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts (CGI) prévoient ainsi une exonération de taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) pour les contrats d'assurance maladie complémentaire dits « contrats solidaires ».

Il s'agit des contrats qui respectent certaines conditions relatives à l'absence de prise en compte de l'état de santé de l'assuré pour la tarification des primes et cotisations pour les opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative et à l'absence de questionnaire médical pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative.

Ce dispositif a été commenté par l'instruction administrative publiée au bulletin officiel des impôts le 21 octobre 2002 sous la référence 7 I-2-02. Les commentaires apportés dans cette instruction restent applicables s'agissant de la définition des contrats d'assurance maladie et de l'appréciation du caractère « solidaire » du contrat.

3. L'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (publiée au Journal officiel du 17 août 2004) restreint le champ de l'exonération de TSCA visée aux 15° et 16° de l'article 995 du CGI. Désormais, au titre des garanties « frais de soins », les contrats d'assurance maladie complémentaires solidaires doivent, pour bénéficier de l'exonération ne pas couvrir la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale (CSS) et avoir la qualité de « contrats responsables » au sens des dispositions de l'article L.871-1 du code précité. Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles R.871-1 et R.871-2 du CSS. Les contrats d'assurance maladie couvrant exclusivement les indemnités journalières restent exonérés à la condition d'être solidaires. Les contrats d'assurance maladie qui ne répondent pas aux conditions des 15° et 16° de l'article 995 du CGI restent soumis à la TSCA selon le tarif de 7 % prévu au 2° bis de l'article 1001 du CGI, sous réserve des autres exonérations spécifiques prévues par le code précité.

4. La présente instruction présente la définition des contrats d'assurance maladie « responsables » puis le régime fiscal applicable en matière de TSCA aux contrats « solidaires et responsables ».

CHAPITRE 1 : DEFINITION DES CONTRATS RESPONSABLES

5. Le régime juridique des contrats responsables qui résulte des règles prévues par le code de la sécurité sociale a fait l'objet de commentaires dans une circulaire NDSS/2A n° 2006/314 du 11 juillet 2006 relative aux modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales. Cette circulaire a été publiée au bulletin officiel « Santé Protection Sociale Solidarités » n° 8/2006 en date du 15 septembre 2006 et est disponible sur internet sous le lien suivant :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2006/06-08/somchrono.htm>.

Section 1 : Opérations d'assurance concernées

6. Sont concernés tous les contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant des garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Sont visés les engagements d'assurances couvrant le risque maladie souscrits auprès des organismes suivants :

- une entreprise régie par le code des assurances ;
- une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité ;
- une institution de prévoyance ou union relevant du code de la sécurité sociale.

Ces engagements peuvent être souscrits sous la forme d'un contrat d'assurance classique souscrit auprès d'un organisme d'assurance ou d'une adhésion, facultative ou obligatoire, à un règlement relatif aux garanties en matière d'assurance complémentaire de santé d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance.

7. Sous réserve des conditions et exclusions spécifiques à chaque aide sociale ou fiscale attachée à ces contrats, les contrats d'assurance maladie dits « responsables » peuvent présenter un caractère facultatif ou obligatoire, individuel ou collectif.

Ils peuvent être souscrits par une entreprise pour le compte de ses salariés, par une personne physique à titre individuel ou dans le cadre d'une assurance de groupe, à titre privé ou professionnel.

8. Dans tous les cas, les contrats responsables doivent respecter les conditions prévues à l'article L.871-1 du CSS, complété par les articles R.871-1 et R.871-2 dudit code, qui précisent les interdictions et obligations minimales de prise en charge de garanties.

Section 2 : Interdictions de prises en charge

9. Les garanties frais de santé ne doivent pas couvrir la participation forfaitaire de 1 euro à la charge des assurés mentionnée à l'article L.322-2-II du CSS due pour chaque acte ou pour chaque consultation.

Cette exclusion s'applique à compter du 1^{er} janvier 2005. Depuis l'adoption de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, elle figure parmi les conditions de l'article L.871-1 du CSS.

En application de l'article 40-II de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, les contrats, qu'ils soient individuels ou collectifs, et les bulletins d'adhésion et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation des frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputés ne pas couvrir la participation forfaitaire en l'absence de disposition expresse contraire.

10. Par ailleurs, aux termes de l'article R.871-1 du CSS, les garanties couvertes par les contrats responsables ne peuvent prendre en charge :

- la majoration de participation prévue à l'article L.162-5-3 du CSS, c'est-à-dire la majoration de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L.322-2 dudit code, appelée également « ticket modérateur », en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou lorsque la consultation s'effectue en dehors du parcours de soins ;

- la majoration de la participation applicable, en vertu de l'article L.161-36-2 du CSS, lorsque le patient refuse d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé ; cette majoration prend effet à compter du 1^{er} juillet 2007 et s'appliquera de façon effective avec l'instauration du dossier médical personnel ;

- les dépassements d'honoraires, en cas de consultation d'un médecin par un patient qui n'y a pas été adressé par son médecin traitant, sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code précité, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques¹.

11. L'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) a créé une franchise sur trois types de prestations de soins (article L.322-2 III du code de la sécurité sociale) qui ne doit pas être prise en charge pour que le contrat soit qualifié de responsable :

- 0,50 € par boîte de médicaments, à l'exception de ceux livrés au cours d'une hospitalisation ;
- 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical, à l'exclusion de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- 2 € par transport sanitaire effectué en véhicule sanitaire ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

¹ Modification de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale par l'article 51 de la loi de finances rectificative pour 2004.

Cette franchise est toutefois plafonnée à 50 € par année et par personne. Si le même jour, plusieurs actes paramédicaux ou plusieurs transports ont lieu, le montant total de la franchise supportée par l'assuré est plafonné à 2 € pour les actes effectués par un auxiliaire médical et à 4 € pour les transports sanitaires. Ces dispositions sont prévues par l'article D.322-7 du code de la sécurité sociale.

12. Le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 précise que le dispositif de la franchise est applicable aux médicaments, actes et prestations délivrés à compter du 1^{er} janvier 2008. L'article 107 de la loi de finances rectificative pour 2007 a prévu que, pour une durée d'un an, et en l'absence de dispositions expresses dans les contrats, bulletins d'adhésions et règlements, la franchise est réputée non prise en charge. L'article 37 de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 pérennise cette disposition.

Section 3 : Obligations minimales de prises en charge

13. Selon l'article R.871-2 du CSS, complété par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au Journal officiel en date du 18 juin 2006) fixant la liste des prestations de prévention, les garanties mentionnées à l'article L 871-1 du code précité doivent comprendre :

- la prise en charge de prestations liées aux consultations du médecin traitant et à certaines prescriptions ;
- la prise en charge de prestations liées à la prévention.

14. Pour les prestations liées aux consultations et aux prescriptions du médecin traitant, la prise en charge obligatoire doit porter sur :

- au moins 30 % du tarif servant de base au remboursement par l'assurance maladie pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant ;
- au moins 30 % du même tarif pour les médicaments remboursables au taux le plus élevé (vignette blanche) prescrits par le médecin traitant ou le médecin correspondant ;
- au moins 35 % du même tarif pour les frais d'analyses et de laboratoire prescrits par les mêmes personnes.

Dans tous les cas, l'obligation de prise en charge est plafonnée au montant des frais exposés.

15. Pour les prestations liées à la prévention, la prise en charge doit porter sur la totalité de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L.322-2 du CSS pour au moins deux des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

Sont notamment concernées des actions de prévention en matière de soins dentaires, détection de troubles de la parole ou de l'audition, ostéoporose, dépistage de l'hépatite B ou vaccinations prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 précité.

CHAPITRE 2 : REGIME FISCAL EN MATIERE DE TSCA DES CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES

16. Sont exonérés de TSCA les contrats d'assurance maladie complémentaire dit « solidaires » qui, en outre, peuvent être qualifiés de « responsables ». A défaut, ils sont soumis à la taxe aux tarifs de 7%.

Section 1 : L'exonération de la TSCA s'apprécie par convention

17. La TSCA est un droit d'enregistrement qui s'apprécie par convention (la définition des conventions imposables figure à l'article 991 du CGI, cette disposition prévoyant que toute convention d'assurance est soumise à la TSCA). C'est également selon ce principe que doit s'apprécier le bénéfice ou non de l'exonération.

18. Pour prétendre au bénéfice de l'exonération de TSCA prévue aux 15° et 16° de l'article 995 du CGI, le respect des interdictions et des obligations de prises en charge prévues à l'article L.871-1 du CSS, ainsi que les conditions liées à la qualité de contrats solidaires, s'apprécient en principe au niveau de chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé souscrit par une même personne ou auquel une même personne a adhéré.

En cas de contrats éligibles au bénéfice de l'exonération prévue aux 15° ou 16° de l'article 995 mais garantissant à la fois des risques maladie, au sens de l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale et d'autres risques ou prestations hors du champ d'application de l'exonération instituée (prestations d'invalidité notamment), il convient de procéder, pour chaque contrat, à une ventilation de la prime afin de liquider la taxe due au titre des risques ou prestations exclues du bénéfice du régime.

19. Le bénéfice de l'exonération attaché à un contrat reste acquis quand bien même lui serait par ailleurs adossé un autre contrat ayant pour objet de couvrir les interdictions de prises en charge. Dans une telle situation, seul le premier contrat, qui pris individuellement respecte les conditions de l'exonération, doit bénéficier de l'exonération de TSCA dès lors qu'il est établi que ce contrat peut être souscrit indépendamment du second.

Section 2 : Le cas particulier des contrats multiples

20. Afin de tenir compte de la pratique des contrats multiples, il est admis qu'un contrat qui ne serait pas qualifié de contrat solidaire et responsable à raison de la circonstance qu'il ne respecte pas les obligations minimales de prise en charge, puisse néanmoins bénéficier de l'exonération dans l'hypothèse où a été souscrit un contrat complémentaire destiné à couvrir les obligations minimales de prise en charge attachées au premier contrat.

Pour ce faire, tous les contrats ou règlements concernés doivent en tout état de cause respecter les interdictions minimales de prises en charge.

En outre, cette mesure de tolérance ne s'applique qu'en présence d'un contrat collectif à adhésion obligatoire. Elle ne concerne que la situation dans laquelle l'assuré ou l'adhérent a souscrit par ailleurs, à titre facultatif ou obligatoire, un contrat à titre individuel ou collectif ayant pour objet de compléter les garanties offertes par ce premier contrat afin de permettre le respect de manière globale des obligations minimales de prise en charge.

21. Pour pouvoir bénéficier de cette analyse globale des contrats ou règlements et ainsi appliquer l'exonération de TSCA, l'organisme d'assurance doit être en mesure d'apporter les éléments justifiant que l'ensemble des garanties dont bénéficient l'assuré ou l'adhérent est conforme aux dispositions de l'article L.871-1 du CSS.

22. Lorsqu'un contrat est souscrit ou une adhésion effectuée auprès de plusieurs organismes de protection sociale complémentaire, cette justification est apportée par la détention par le ou les organismes concernés d'une attestation fournie par le souscripteur ou adhérent et complétée par les organismes de protection sociale complémentaire concernés, mettant en évidence :

- l'identification précise des contrats et règlements d'assurance complémentaire de santé permettant de constater le respect des obligations de prise en charge du souscripteur ou adhérent : date, référence, caractère obligatoire ou facultatif, individuel ou collectif, nom de l'organisme concerné ;

- la détermination, pour chaque contrat ou règlement, du contenu des prestations prises en charge avec leur niveau de prise en charge, ainsi que des prestations exclues de la prise en charge au regard des conditions prévues à l'article L.871-1 du CSS.

Les renseignements demandés doivent être limités à ce qui est strictement nécessaire à l'appréciation globale des conditions d'octroi de l'exonération. En particulier, l'organisme de protection sociale complémentaire n'a pas à prendre connaissance d'un contrat souscrit par l'assuré ou d'un règlement auquel celui-ci a adhéré auprès d'un autre organisme de protection sociale complémentaire.

L'attestation établie sur papier libre et signée par le souscripteur ou l'adhérent est renouvelée chaque année et, en tout état de cause, lors de chaque changement des renseignements portés sur l'attestation.

Faute de la production par le souscripteur ou par l'adhérent des éléments nécessaires à cette appréciation globale, le contrat ou l'adhésion n'est pas éligible au bénéfice de l'exonération de TSCA.

L'administration conserve le pouvoir d'exiger de l'organisme d'assurance, même de bonne foi, le paiement de l'intégralité de la TSCA attachée aux primes versées s'il apparaît, au vu des renseignements dont dispose l'administration et des observations de l'organisme d'assurance, que l'attestation comporte des erreurs ou omissions qui font obstacle à l'application de l'exonération de TSCA aux primes considérées. Il appartient alors à cet organisme d'assurance, le cas échéant, de se retourner contre l'adhérent ou le souscripteur concerné, et à ce dernier, le cas échéant, de se retourner contre l'organisme qui a complété l'attestation.

Section 3 : Entrée en vigueur

23. Les conditions de l'exonération de TSCA prévues aux 15° et 16° de l'article 995 tels que modifiés par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie sont entrées en vigueur :

- au 1^{er} janvier 2005, en ce qui concerne l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 euro à la charge des assurés mentionnée au II de l'article L.322-2 du CSS ;

- au 1^{er} janvier 2006 en ce qui concerne le respect des autres conditions prévues à l'article L.871-1 du CSS ;

- au 1^{er} janvier 2008 pour la franchise prévue au III de l'article L.322-2 du CSS.

24. Afin de tenir compte des contraintes juridiques et techniques auxquelles les souscripteurs ou adhérents et les organismes de protection sociale complémentaire ont été confrontés, il est admis que le bénéfice de l'exonération de TSCA ne soit pas remis en cause pour des contrats souscrits avant le 1^{er} juillet 2009 sous réserve que les contrats en cause aient fait l'objet des régularisations nécessaires avant le 31 décembre 2009.

Supprimer DB 7 I 34 n° 5 sans objet.

Annoter DB 7 I 34 n° 10 et 7 I 312 n° 1 et suivants, BOI 7 I 2-02.

La Directrice de la législation fiscale

Marie-Christine LEPETIT



Annexe 1
Extraits des textes législatifs

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Article 57 (version d'origine)

I. - Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

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

« Art. L.871-1. - Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L.242-1, du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15° et 16° de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L.161-36-2.

« Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci. »

II. Les dispositions de l'article L.871-1 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2006.

III. - Le premier alinéa du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L.871-1 du même code ».

IV. - Le deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du même code est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L.871-1 du même code ».

V. - L'article 995 du même code est ainsi modifié :

1° Au 15°, les mots : « et que » sont remplacés par le mot : « , que ». L'alinéa est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L.871-1 du même code » ;

2° Le 16° est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L.871-1 du même code ».

VI. - Le huitième alinéa (2°) de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 ».

VII. - Après l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 9-1 ainsi rédigé :

« Art. 9-1. - Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L.162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée. »

Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004

Article 51

Le deuxième alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5. »

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006

Article 54

I. - Dans l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale, les mots : « de santé » sont supprimés.

II. - Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

« 1° Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel. »

III. - L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est ainsi modifié :

1° Les mots : « , avec les mêmes prestations et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L.871-1 du même code.

« Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. »

IV. - Les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou prenant exclusivement en charge des spécialités ou dispositifs inscrits sur les listes prévues aux articles L.162-17 et L.165-1 du code de la sécurité sociale doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L.871-1 du même code au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ces contrats, bulletins d'adhésion ou règlements bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

V. - Dans le I de l'article L.162-5-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « exigence particulière du patient », sont insérés les mots : « , notamment en cas de visite médicalement injustifiée, ».

VI. - Après le quatrième alinéa de l'article L.861-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L.871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. »

VII. - 1. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Dans l'avant-dernier alinéa de l'article L.861-3, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

b) Dans la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L.165-6, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième ».

2. Dans l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six ».

VIII. - Le cinquième alinéa de l'article L.112-3 du code des assurances est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. »

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

Article 27

I. - Dans le IV de l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L.242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L.741-10 du code rural ».

II. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L.871-1 du même code, après la référence : « L.242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L.741-10 du code rural ».

III. - L'article L.741-10 du code rural est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle comprend également la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux du salaire horaire. » ;

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L.921-4 du code de la sécurité sociale destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX du même code ou versées en couverture d'engagements de retraite souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L.921-4 du même code et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire. » ;

3° Le 2° est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale » ;

4° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L.225-197-1 à L.225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si sont respectées les conditions d'attribution fixées par le conseil d'administration ou, le cas échéant, le directoire en application des dispositions du sixième alinéa de l'article L.225-197-1 du même code et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité. »

IV. - Après l'article L.741-10 du même code, il est inséré un article L.741-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L.741-10-1. - Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L.324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

V. - Le premier alinéa du II de l'article L.741-16 du même code est ainsi rédigé :

« Les groupements d'employeurs composés pour partie des employeurs mentionnés au I du présent article exerçant une ou plusieurs des activités visées à ce même I bénéficient pour lesdits employeurs des taux réduits de cotisations, sous réserve que le chiffre d'affaires annuel de ces groupements soit réalisé majoritairement avec des adhérents dont les salariés sont affiliés au régime agricole. Donnent lieu à cet allègement les rémunérations et gains des salariés embauchés entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007, et ce pendant deux ans à compter de l'embauche. »

VI. - Les dispositions du II et du 3^o du III s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007 aux contrats nouveaux ou reconduits.



Annexe 2

Extraits du code de la sécurité sociale (version en vigueur au 1^{er} avril 2009)

Partie législative

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide

Article L 871-1

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004. art. 57 I. Journal Officiel du 17 août 2004 en vigueur le 1^{er} janvier 2006)

(Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004. art. 51. Journal Officiel du 31 décembre 2004)

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005. art. 54 I. Journal Officiel du 20 décembre 2005)

(Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006. art. 27 II. Journal Officiel du 22 décembre 2006)

Le bénéfice des dispositions de l'article L.863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L.242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L.741-10 du code rural du 1^o quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15^o et 16^o de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L.161-36-2. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18^o de l'article L.162-5.

Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci.

[NOTA:

Conformément à l'article 52-II 3 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, les termes " à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles" s'appliquent aux garanties nouvelles, reconduites ou en cours au 1^{er} janvier 2008.]

Partie réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat

Titre 7 : Contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide

Article R 871-1

(inséré par Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 art. 1 Journal Officiel du 30 septembre 2005)

Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 ne peuvent comprendre :

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

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

Article R 871-2

(inséré par Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 art. 1 Journal Officiel du 30 septembre 2005)

I. - Les garanties mentionnées à l'article L.871-1 comprennent la prise en charge :

1^o 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^o 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^o et 7^o 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.



Annexe 3

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

(publié au JO du 18 juin 2006)

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités, 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,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L.871-1 et R.871-2 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire,

Arrêtent :

Article 1

La liste prévue au II de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) Haemophilus influenzae B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Article 2

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Toutefois, les dispositions du douzième alinéa de l'article 1^{er} (6) s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur de l'inscription de l'acte d'ostéodensitométrie sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, si cette date d'entrée en vigueur est postérieure au 1^{er} juillet 2006.

Article 3

Le directeur général des impôts et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.