

I - LES RÉGIMES OBLIGATOIRES

I - 1. Gestion des risques	p 2
I - 1.1 Salariés	p 2
I - 1.2 TNS	p 2
I - 1.3 Exploitants agricoles	p 3
I - 2. Prestations en nature (remboursements des actes ou frais médicaux)	p 4
I - 2.1 Principes de remboursement	p 4
I - 2.2 Taux de remboursement	p 5
I - 2.3 C.M.U. : Couverture Maladie Universelle	p 6
I - 3. Prestations en espèces (versement de revenus de remplacement)	p 7
I - 3.1 Salariés	p 7
I - 3.2 TNS	p 8
I - 3.3 Exploitants agricoles	p 9
I - 4. Prestations en cas de décès	p 10
I - 4.1 Salariés	p 10
I - 4.2 TNS	p 10
I - 4.3 Exploitants agricoles	p 11
I - 5. Prestations en cas de dépendance	p 12

II - L'ENVIRONNEMENT ASSURANCE

II - 1. Taxes d'assurance	p 12
II - 2. Loi Évin	p 13
II - 2.1 Principes généraux	p 13
II - 2.2 Particularités des contrats collectifs	p 13
II - 3. Loi du 08/08/1994	p 14

III - L'ENVIRONNEMENT FISCAL ET SOCIAL

III - 1. Loi Madelin	p 14
III - 2. Contrats entreprises	p 15

I - LES RÉGIMES OBLIGATOIRES

I - 1. Gestion des risques

I - 1.1 Salariés

Les salariés de l'industrie et du commerce sont affiliés au régime général de la Sécurité Sociale. Les salariés agricoles qui bénéficient des mêmes prestations que les salariés du régime général sont quant à eux affiliés à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

■ RISQUES COUVERTS :

- maladie (prestations en nature, en espèces)
- maternité
- invalidité
- accidents du travail
- décès

■ GESTION :

A l'échelle nationale, les salariés relèvent pour leur couverture sociale de la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Interviennent ensuite, à l'échelon régional, les CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie).

I - 1.2 TNS

Les professions non salariées non agricoles, c'est-à-dire les TNS, sont affiliées au régime des TNS instauré par la loi du 12 juillet 1966.

■ RISQUES COUVERTS :

- maladie (prestations en nature)
- maladie (prestations en espèces pour les artisans et les commerçants)
- maternité

■ GESTION :

- A l'échelle nationale, les TNS relèvent de la CANAM pour leur couverture sociale. Interviennent ensuite, à l'échelon régional, les CMR (Caisses Maladie Régionales) auprès desquelles s'effectue l'immatriculation, puis un des OC (Organismes Conventionnés) qui collecte les cotisations et verse les prestations : la RAM, certaines sociétés d'assurances, un organisme mutualiste.
- La RAM, Réunion des Assureurs Maladie créée en 1969 par 58 compagnies, regroupe 25 % des TNS, ce qui la positionne comme premier OC.
Avantage pour les assurés : les clients affiliés à la RAM bénéficient du remboursement simultané de leurs dépenses de santé par les 2 organismes grâce à la télétransmission des décomptes.

Comment un TNS peut rejoindre la RAM quand il est déjà affilié à un autre OC :

- par l'envoi d'une lettre manuscrite, en recommandé avec accusé de réception, à la CMR dont le TNS dépend, chaque année avant le 30 septembre (sauf l'année d'inscription en cours) ; la CMR n'acceptera la dénonciation que si l'assuré est à jour de ses cotisations,
- prise d'effet de l'affiliation à la RAM : au 1^{er} avril de l'année suivante.

Courrier type

Attention : ce courrier doit être manuscrit et envoyé personnellement par le TNS

<i>Nom et Adresse</i>	<i>Date et Lieu</i>
<i>Recommandée avec avis de réception</i>	
<i>Caisse Maladie Régionale de (région)....</i>	
<i>Adresse :</i>	
<i>.....</i>	
<i>N° d'immatriculation :</i>	
<i>Monsieur le Directeur,</i>	
<i>J'ai l'honneur de vous préciser que je souhaite dénoncer mon affiliation auprès de :</i>	
<i>... (Ancien organisme conventionné)...</i>	
<i>... (Adresse)...</i>	
<i>et choisir à la place :</i>	
<i>Réunion des Assureurs Maladie de ... (région)...</i>	
<i>Organisme conventionné n° 11</i>	
<i>... (Adresse)...</i>	
<i>Vous en remerciant par avance</i>	
<i>Signature</i>	

Particularité : la protection sociale des médecins.

- Les médecins du secteur 1
Ils relèvent du Régime Général des salariés.
- Les médecins du secteur 2
Ils peuvent choisir depuis le 16 décembre 1986 entre le Régime Général et le Régime des TNS.
- Les médecins non conventionnés
Ils relèvent du régime des TNS.

I - 1.3 Exploitants agricoles

- Les exploitants agricoles sont affiliés à l'AMEXA, régime institué par la loi du 25 janvier 1961, se limitant à la couverture des risques : maladie vie privée (prestations en nature), maternité, invalidité maladie, gérés au choix de l'assuré, soit par le GAMEX soit par la MSA (Mutualité Sociale Agricole).

Avant le 1^{er} avril 2002, la protection des exploitants agricoles contre les accidents du travail, de la vie privée et les maladies professionnelles se faisait par l'intermédiaire des contrats d'assurance obligatoire définis par la loi du 22 décembre 1966 et les contrats d'assurance facultative définis par la loi du 25 octobre 1972.

A compter du 1er avril 2002, est créé un régime de Sécurité Sociale destiné à couvrir les accidents du travail et les maladies professionnelles, les accidents de la vie privée étant pris en charge par l'AMEXA.

Les exploitants agricoles ont le choix pour ce nouveau régime de leur organisme gestionnaire entre la caisse de Mutualité Sociale Agricole de leur département et un groupement d'assureurs, "l'association des assureurs AAEXA" (Assurance Accident des Exploitants Agricoles), habilité par le Ministère de l'Agriculture et dont fait partie la Société suisse santé.

- Le GAMEX, Groupement des Assureurs Maladie des Exploitants Agricoles créé en 1961 par 58 compagnies, assure 1 agriculteur sur 10.

Avantage pour les assurés : les clients affiliés au GAMEX bénéficient du remboursement simultané de leurs dépenses de santé par les 2 organismes grâce à la télétransmission des décomptes.

Comment un agriculteur peut rejoindre le GAMEX quand il est déjà affilié à la MSA :

- par l'envoi d'un imprimé disponible dans les centres GAMEX, en recommandé au S.D.I.T.E.P.S.A. (Service Départemental de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricole), tous les 2 ans avant le 1er octobre (sauf l'année d'inscription en cours),
- prise d'effet de l'affiliation au GAMEX : 1^{er} janvier de l'année suivante.

I - 2. Prestations en nature (remboursements des actes ou frais médicaux)

I - 2.1 Principes de remboursement

■ LES LETTRES CLÉS - LES TARIFS PLAFONDS CONVENTIONNELS :

Tous les actes exécutés par les praticiens et donnant lieu à remboursement de la part de la Sécurité Sociale sont regroupés par catégorie et symbolisés par une lettre clé. Ces lettres clés indiquant la nature et l'importance (coefficient multiplicateur) de l'acte médical sont reprises dans la Nomenclature des Actes Professionnels.

A chacune de ces lettres est attribuée une valeur. L'ensemble de ces valeurs constitue les tarifs plafonds conventionnels (TPC) qui servent de base aux remboursements du Régime Obligatoire.

VALEUR DES LETTRES CLÉS en euros (01/02/2002)

1. Médecins

C (consultation omni-praticien)	18,50 €	(121,35 F)
CA (consultation approfondie)*	23,00 €	(150,87 F)
Cs (consultation spécialiste)	22,87 €	(150,02 F)
Cn. psy. (consult. neuro-psychiatre)	34,30 €	(224,99 F)
V (visite omni-praticien)**	16,77 €	(110,00 F)
Vs (visite spécialiste)	20,58 €	(135,00 F)
Vn. psy. (visite neuro-psychiatre)	31,25 €	(204,99 F)
Vu (visite d'urgence)	39,64 €	(260,02 F)
KC et KCC (certains actes chirurgicaux)	2,09 €	(13,71 F)
K (actes chirurgie et spécialités)	1,92 €	(12,59 F)
Z (actes avec radiations ionisantes) :		
Z 4 - radiothérapeutes	1,67 €	(10,95 F)
Z 1 - électroradiologistes, gastro-entéro	1,62 €	(10,63 F)
Z 2 - rhumatologues, pneumo-phtisio	1,54 €	(10,10 F)
Z 3 - autres spécial., omni-praticiens	1,33 €	(8,72 F)
Accouchement simple	176,84 €	(1 159,99 F)
gémellaire	185,99 €	(1 220,01 F)
ID (indemnité de déplacement) :		
- Paris, Lyon, Marseille	5,34 €	(35,03 F)
- reste de la France	3,81 €	(24,99 F)
IK (indemnité kilométrique) :		
- Plaine	0,61 €	(4,00 F)
- Montagne	0,91 €	(5,97 F)
- Ski ou pied	4,57 €	(29,98 F)
Majoration nuit		
- de 20h à minuit et de 6h à 8h	35,00 €	(229,58 F)
- de minuit à 6h	40,00 €	(262,38 F)
Majoration samedi après-midi et dimanche	19,06 €	(125,03 F)
Forfait thermal (honoraires médicaux)	64,03 €	(420,01 F)
Forfait thermal (frais de séjour)	150,01 €	(984,00 F)

2. Chirurgiens-dentistes

C (consultation)	16,77 €	(110,00 F)
Cs (consultation spécialiste)	22,87 €	(150,02 F)

V (visite)	16,77 €	(110,00 F)
Vs (visite spécialiste)	20,58 €	(135,00 F)
D (acte chirurgien-dentiste)	1,92 €	(12,59 F)
DC (certains actes)	2,09 €	(13,71 F)
SC (soins conservateurs)	2,36 €	(15,48 F)
SPR (soins prothétiques)	2,15 €	(14,10 F)
TO (traitements orthodontie)	2,15 €	(14,10 F)

3. Sages-femmes

C (consultation)	14,48 €	(94,98 F)
V (visite)	14,48 €	(94,98 F)
SF (acte spécialisé)	2,59 €	(16,99 F)
SFI (soins infirmiers)	2,18 €	(14,30 F)
Accouchement simple	152,45 €	(1 000,01 F)
gémellaire	167,69 €	(1 099,97 F)
Indemnité déplacement (maternité)	3,81 €	(24,99 F)

4. Auxiliaires médicaux

AMI (infirmiers, infirmières)	2,67 €	(17,51 F)
- AIS (soins)	2,18 €	(14,30 F)
- indemnité déplacement	1,37 €	(8,99 F)
AMK (masseurs kinésithérapeutes)	2,04 €	(13,38 F)
- indemnité déplacement	1,83 €	(12,00 F)
AMO (orthophonistes)	2,20 €	(14,43 F)
- indemnité déplacement	1,52 €	(9,97 F)
AMP (pédicures)	0,63 €	(4,13 F)
- indemnité déplacement	0,47 €	(3,08 F)
AMY (orthoptistes)	2,32 €	(15,22 F)
- indemnité déplacement	1,45 €	(9,51 F)

5. Analyses médicales

B (analyses courantes)	0,26 €	(1,71 F)
PB (prél. sanguin directeur labo non médecin)	2,52 €	(16,53 F)
KB (prél. non sanguin directeur labo non médecin)	1,92 €	(12,59 F)
TB (prél. sanguin technicien labo)	2,52 €	(16,53 F)

* A compter du 01/03/2002 : bilan annuel pour les patients atteints d'une affection de longue durée ouvrant droit à PEC à 100 %.

** Depuis le 02/05/2000 : majoration de 9,15 € (60,02 F) du **V** (visite omni-praticien) pour les personnes âgées de 75 ans et plus en ALD, soit 25,92 € (170,02 F). A compter du 01/01/2002, majoration étendue aux bénéficiaires de l'allocation tierce personne, aux titulaires de l'A.P.A. exonérés de TM, aux patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC150 (visites effectuées dans les 10 j. suivant l'intervention) et aux patients en hospitalisation à domicile.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'euro : depuis le 01/01/2002, les prix unitaires des actes professionnels sont en euros à 2 décimales.

■ LA CONVENTION :

La convention est un accord conclu entre la Sécurité Sociale, les syndicats de chacune des professions médicales et le Gouvernement. On distingue 2 grands groupes de médecins :

- *médecins du secteur conventionné* qui adhèrent à la Convention, divisés en 2 catégories :
 - le secteur 1 : application stricte des tarifs conventionnels,
 - le secteur 2 : dépassements autorisés (« conventionné honoraires libres » et « conventionné DP »)
- *médecins du secteur non conventionné* qui n'adhèrent pas à la Convention et qui fixent leurs honoraires librement. La Sécurité Sociale effectuera dans ce cas ses remboursements sur la base du tarif d'autorité.

■ LES TARIFS DE RESPONSABILITÉ :

Ils servent de base pour ce qu'on peut appeler « fournitures accessoires » (pansements, chaussures orthopédiques, appareils de surdité, optique...).

Les prix de journées des hôpitaux et des cliniques sont fixés au niveau de chaque département par arrêté préfectoral.

■ LE TICKET MODÉRATEUR (TM) :

La réglementation prévoit une participation de l'assuré aux dépenses de santé qui est fixée en pourcentage des Tarifs de Convention. Cette participation de l'assuré s'appelle le ticket modérateur.

$$TM = \text{Tarif Plafond Conventionnel} - \text{Remboursement du RO}$$

I - 2.2 Taux de remboursement

Pour les salariés (SS), TNS et exploitants agricoles (AMEXA)

Postes de consommation	Taux de remboursement (sur le TPC)
HONORAIRES	
- médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes et sages femmes	70%
- auxiliaires médicaux	60%
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES	70%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES	60%
MÉDICAMENTS	
- irremplaçables et coûteux	100%
- à vignette bleue (dits «de confort»)	35%
- autres médicaments	65%
- vaccin anti-grippe	non remboursé pour les moins de 65 ans
CURES THERMALES	
- honoraires médicaux de surveillance	70%
- frais d'hydrothérapie	65%
- frais d'hébergement et de transport	65%
APPAREILLAGE	
- petit appareillage (y compris optique)	65%
- gros appareillage	100%
TRANSPORTS	65%
RADIOLOGIE	70%
HOSPITALISATION	
- du 1 ^{er} au 31 ^e jour si K < 50	80%
- après le 30 ^e jour et dès le 1 ^{er} jour si K ≥ 50	100%
- forfait hospitalier	non remboursé : 10,67 € (69,99 F)
INTERVENTIONS CHIRURGICALES	
- si K < 50	80%
- si K ≥ 50	100%
AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE	
- soins médicaux	100%
- médicaments	100%
- hospitalisation, interventions chirurgicales, autres médicaments	100%

Spécial Salariés Régime Alsace Moselle

Dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle, le ticket modérateur est égal à 10 %. Le régime rembourse donc à hauteur de 90 % et à 100 % pour les frais de transport, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales, y compris le forfait hospitalier.

I - 2.3 CMU : Couverture Maladie Universelle

LA LOI N° 99.641 DU 27/7/99 CRÉANT LA CMU COMPORTE 2 VOLETS :

- 1 l'octroi automatique d'une **couverture de base** sur critère de résidence, pour les personnes qui n'avaient pas de couverture sociale sur des critères professionnels
→ une cotisation est calculée selon les ressources des personnes concernées : 8 % des revenus déclarés excédant le plafond de 6 585,80 € (43 200,02 F)/an pour la période du 01/01/2001 au 30/09/2002.
- 2 une **couverture complémentaire gratuite** pour les plus défavorisés.

■ CONDITIONS :

- **résidence** : en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer depuis plus de 3 mois.
- **ressources** : l'ensemble des ressources des 12 mois précédant la demande est pris en compte, y compris les prestations sociales.

Composition du foyer	Niveau maximal de ressources par mois 2001-2002
Une personne	548,82 € (3 600,02 F)
Deux personnes	823,23 € (5 400,03 F)
Trois personnes	987,87 € (6 480,00 F)
Quatre personnes	1 152,51 € (7 559,97 F)
A partir de cinq personnes, par personne supplémentaire	219,53 € (1 440,02 F)

NB : - les jeunes de 18 à 25 ans peuvent bénéficier à titre personnel de la CMU complémentaire dès lors qu'ils sont autonomes (ne vivent plus chez leurs parents, ne sont plus rattachés fiscalement à leurs parents, ne perçoivent pas de pension alimentaire),

NB : - les jeunes à partir de 16 ans peuvent accéder à la CMU complémentaire dès lors que les liens familiaux sont rompus.

Certaines prestations sont exclues du calcul des ressources : allocations de rentrée scolaire, allocation d'éducation spéciale, allocation pour jeunes enfants... D'autres sont prises en compte à hauteur d'un forfait selon le nombre de personnes au foyer (ex. : allocation logement).

- Cas des artisans, commerçants, professions libérales, exploitants agricoles : le barème est le même, mais des conditions particulières d'examen de ressources sont prévues.

■ DÉMARCHES :

- **Remplir un dossier** (constitué d'une demande de prise en charge, d'une déclaration de ressources annuelles, d'un ou plusieurs formulaires de choix de l'organisme gestionnaire) retiré auprès d'une caisse d'assurance maladie, d'un centre communal d'action sociale, d'un service social, d'une association agréée, d'un hôpital.

- **Indiquer l'organisme** choisi pour gérer la CMU complémentaire.

La loi donne le choix à chaque bénéficiaire de CMU complémentaire, qu'il soit le demandeur ou un membre de son foyer, de choisir l'organisme appelé à lui servir les prestations : il peut s'agir soit d'un organisme d'assurance maladie, soit d'un organisme complémentaire inscrit sur une liste : mutuelle, institution de prévoyance, ou entreprise d'assurance.

- **A noter** : si le bénéficiaire de la CMU est déjà assuré auprès d'un organisme complémentaire qui participe à ce dispositif, il doit choisir cet organisme la première année.

- **Envoyer ou déposer le dossier auprès de la caisse d'assurance maladie.**

- La caisse examine le dossier, fait part de sa décision par courrier et informe l'organisme choisi pour la gestion de la CMU complémentaire.

- Les droits à la CMU complémentaire sont ouverts **pour un an** et réexaminés chaque année.

- **Maintien des droits pendant un an** : la loi prévoit le maintien de la couverture CMU complémentaire pendant une durée maximale d'un an pour les personnes qui perdent leurs droits. Ce maintien des garanties se fera moyennant perception d'une cotisation définie par l'arrêté du 27/04/2001 (Art. L862-4 Code S.S., ordonnance n°2000-916, 19/09/2000, annexe II J.O. 22/09/2000, en vigueur le 01/01/2002), comme suit :

	Si le contrat comporte au moins 2 personnes de 18 ans et plus	Dans les autres cas
au 01/01/2002		
1 ^{er} assuré	228,00 € (1 495,58 F)	228,00 € (1 495,58 F)
2 ^e assuré	205,20 € (1 346,02 F)	114,00 € (747,79 F)
3 ^e assuré	114,00 € (747,79 F)	114,00 € (747,79 F)
4 ^e assuré	114,00 € (747,79 F)	114,00 € (747,79 F)
5 ^e assuré	114,00 € (747,79 F)	114,00 € (747,79 F)
6 ^e assuré et suivants	0 € (0 F)	0 € (0 F)

■ DROITS OUVERTS PAR LA CMU COMPLÉMENTAIRE :

- **Dispense d'avance de frais pour l'intégralité des dépenses** remboursables : part assurance maladie obligatoire et part couverture complémentaire (Tiers Payant Intégral).
- Prise en charge :
 - du *ticket modérateur* sur les actes (consultations de généralistes, de spécialistes, de rééducation...) comme sur les prescriptions (médicaments, analyses...), dans la limite des tarifs de responsabilité de la S.S.,
 - du *forfait journalier* hospitalier sans limitation de durée,
 - des *frais*, en sus des tarifs de responsabilité, pour les *dispositifs médicaux à usage individuel (TIPS)* tels que fauteuil roulant, canne, sonde urinaire... dans les limites fixées par arrêtés ministériels,
 - de *frais supplémentaires* concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie, l'optique dans des limites fixées par arrêtés ministériels.
- La loi interdit aux médecins en secteur 2 (à honoraires libres) de facturer des dépassements d'honoraires au bénéficiaire de la CMU complémentaire.

■ FINANCEMENT :

Une contribution de 1,75 % prélevée sur le chiffre d'affaires des contrats complémentaire Santé – individuels et collectifs – des organismes d'assurance a été instaurée à compter du 01/01/2000 pour financer la CMU.

I - 3. Prestations en espèces (versement de revenus de remplacement)

I - 3.1 Salariés

Un décret fixe chaque année le montant du salaire plafond de la Sécurité Sociale. Ce salaire plafond sert de référence au calcul des indemnités journalières et des rentes d'invalidité de la Sécurité Sociale.

Au 1^{er} janvier 2002 : 2 352 € (15 428,11 F)/mois, soit un plafond annuel de 28 224 € (185 137,30 F).

INDEMNISATION RÉGIME GÉNÉRAL

Incapacité temporaire (maladie ou accident ou maternité)

VIE PRIVÉE	VIE PROFESSIONNELLE
<ul style="list-style-type: none"> - versement d'une indemnité journalière : <ul style="list-style-type: none"> • à compter du 4^e jour : 50 % du salaire (1) • à partir du 31^e jour : majoration pour les salariés ayant 3 enfants et plus à charge, soit 2/3 du salaire (1) • à partir du 7^e mois : taux de 50 % porté à 51,49 % et taux de 66,66 % porté à 68,66 % (1) - versement pendant 3 ans au maximum - lors d'une maternité, versement d'une indemnité égale à 100 % du salaire (1) moins les charges sociales obligatoires, ceci pendant la durée légale des congés pré et post-nataux 	<ul style="list-style-type: none"> - versement d'une indemnité journalière : <ul style="list-style-type: none"> • du 1^{er} au 28^e jour : 60 % du salaire (2) • à compter du 29^e jour : 80 % du salaire (2) - versement jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure
(1) : salaire limité au plafond S.S.	(2) : salaire limité à 3 plafonds S.S.

Incapacité permanente (maladie ou accident)

VIE PRIVÉE	VIE PROFESSIONNELLE
<ul style="list-style-type: none"> - lorsque la capacité de travail ou le gain de l'assuré sont réduits des 2/3, versement d'une rente d'invalidité : <ul style="list-style-type: none"> • catégorie 1 : 30 % du salaire (1) • catégorie 2 : 50 % du salaire (1) • catégorie 3 : 50 % du salaire (1) + majoration de 40 % pour assistance d'une tierce personne* - la rente d'invalidité est versée jusqu'au 60^e anniversaire 	<ul style="list-style-type: none"> - lorsque la capacité de travail de l'assuré est affectée partiellement ou en totalité, versement d'une rente viagère calculée sur une base de salaire réduit et dont le montant dépend du taux d'incapacité permanente <p>Modalité de calcul :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la moitié du taux d'invalidité jusqu'à 50 % • 1,5 fois la fraction du taux supérieur à 50 % • exemple : invalidité de 70 % → taux de rente de 55 % - la rente d'invalidité est majorée de 40 % pour assistance d'une tierce personne* - la rente d'invalidité est acquise à vie

(1) : salaire moyen des 10 meilleures années revalorisées, limité au plafond S.S.

* un décret fixe annuellement un montant forfaitaire minimum.

Environnement

I - 3.2 TNS

I - 3.2-1 PROFESSIONS LIBÉRALES

Le Régime des TNS n'accorde aucune prestation en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.
Cependant, certaines professions peuvent bénéficier d'une garantie au titre de leur Caisse de Retraite Professionnelle.

LES PRESTATIONS EN EUROS ACCORDÉES PAR LES CAISSES DE RETRAITE PROFESSIONNELLES EN CAS D'ARRÊT D'ACTIVITÉ (DONNÉES 01/2002)

Profession	Indemnité journalière	Durée	Rente d'Invalidité Totale et Définitive	Terme
Avocat – Conseil juridique Caisse : CNBF + APBF (1)	61 € (400,13 F)/jour au 1 ^{er} jour si hospi. 9 ^e jour si accident 31 ^e jour si maladie	3 ans	15 244,90 € (99 999,99 F)/an	60 ans
Officier ministériel Caisse : CAVOM	-	-	Rente annuelle égale aux droits à la retraite qu'aurait acquis l'adhérent en cotisant jusqu'à 60 ans, dans sa classe d'option au régime complémentaire	60 ans
Notaire Caisse : CRN	-	-	-	-
Expert comptable Caisse : CAVEC	-	-	En fonction de la classe de cotisation (déterminée avec le revenu) et d'un multiple du point de retraite. Valeur = 4,76 € (31,22 F) Classe A : 1 080 points Classe B : 1 800 points Classe C : 2 520 points Classe D : 3 240 points	65 ans
Médecin Caisse : CARMF**	79,38 € (520,70 F)/jour* (41,62 € (273,01 F) si + de 60 ans et après un an de prestation ou + de 65 ans)	3 ans	maxi 14 301 € (93 808,41 F)/an + 35 % pour conjoint et 5 746 € (37 691,29 F)/an par enfant à charge	60 ans
Pharmacien – Biologiste Caisse : CAVP	-	-	7 330 € (48 081,65 F)/an + 30 % pour conjoint et 7 330 € (48 081,65 F)/an par enfant à charge (- de 21 ans ou 25 ans si études)	60 ans
Chirurgien – Dentiste Caisse : CARCD	74 € (485,41 F)/jour à compter du 91 ^e jour	3 ans	20 254 € (132 857,53 F)/an + 5 928 € (38 885,13 F) par enfant à charge (maxi 18 ans, 25 ans si études)	60 ans
Auxiliaire médical - Kinésithérapeute Caisse : CARPIMKO	39,71 € (260,48 F)/jour* + 7,22 € (47,36 F) pour conjoint et par enfant à charge + 14,44 € (94,72 F) pour tierce personne si impossibilité d'effectuer les actes ordinaires de la vie (non cumulables avec la majoration pour conjoint à charge)	1 an	10 830 € (71 040,14 F)/an + 5 415 € (35 520,07 F) pour conjoint et par enfant (maxi 25 ans) à charge et 5 415 € (35 520,07 F) pour tierce personne si besoin	60 ans
Architecte – Ingénieur Caisse : CIPAV Géomètre – Expert foncier Caisse : ex. CARGE***	-	-	Rente annuelle égale aux droits à la retraite qu'aurait acquis l'adhérent en cotisant jusqu'à 65 ans dans sa classe d'option au régime complémentaire	65 ans
Vétérinaire Caisse : CARPV	-	-	Classe A : 6 850,08 € (44 933,58 F)/an Classe B : 13 700,16 € (89 867,16 F)/an Classe C : 20 550,24 € (134 800,74 F)/an	65 ans

(1) Les prestations de la CNBF sont complétées par celles de l'APBF après 1 année d'exercice de la profession

* l'indemnité journalière est payée à compter du 91^e jour

** la valeur du point change en janvier et en juillet

*** la CARGE a été absorbée par la CIPAV au 1/1/2000

I - 3.2-2 ARTISANS-COMMERÇANTS

■ RÉGIME OBLIGATOIRE :

Depuis le 1er juillet 1995, tous les artisans en activité affiliés au dit régime depuis plus d'un an et à jour de leurs cotisations de base et supplémentaires, bénéficient d'un régime d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail suite à un accident ou une maladie.

Ce régime a été modifié et étendu le 1er juillet 2000 aux commerçants et industriels en activité qui bénéficient de prestations identiques.

Le salaire plafond Sécurité Sociale sert de référence au calcul des indemnités :

au 1er janvier 2002 : 2 352 € (15 428,11 F), soit un plafond annuel de 28 224 € (185 137,30 F).

Montant garanti par le régime : correspond à 1/720^{ème} du revenu professionnel annuel moyen des 3 dernières années, avec un maximum de 1/720^{ème} du plafond annuel S.S. soit 39,20 € (257,14 F) par jour au 01/01/2002. Un montant minimum est fixé correspondant à 1/720^{ème} de 40 % du plafond annuel S.S. soit 15,68 € (102,85 F) par jour pour 2002.

Durée d'indemnisation : au maximum 90 indemnités journalières perçues au cours d'une même année calculée de date à date pour des incapacités non consécutives.

Délai de carence : franchise de 3 jours en cas d'hospitalisation et de 7 jours en cas de maladie ou d'accident, à compter de la date de constatation médicale de l'incapacité de travail, réduisant d'autant l'indemnisation d'une incapacité de travail d'au moins 90 jours consécutifs à 87 et 83 jours.

Cas particulier : si au cours d'une même année, l'assuré, après reprise du travail, bénéficie d'un nouvel arrêt causé par le même accident ou la même affection ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur et s'il ne peut bénéficier des prestations servies par le régime invalidité de son régime professionnel, la franchise n'est pas appliquée.

■ CAISSES DE RETRAITE :

Les artisans et commerçants perçoivent des indemnités de leur caisse de retraite au titre de l'invalidité (jusqu'à 60 ans maxi) :

Artisans (caisse = CANCAVA) : 50 % du revenu annuel moyen limité au plafond S.S. (maxi 14 112 € (92 568,65 F) pour 2002)

Commerçants (Caisse = ORGANIC) : 6 358 € (41 705,75 F)/an pour 2002.

I - 3.3 Exploitants agricoles

Avant le 1^{er} avril 2002, le Régime Obligatoire des exploitants agricoles n'accordait aucune prestation en cas d'arrêt temporaire de travail. Il couvrait uniquement l'invalidité.

Source : M.S.A. février 2002

A compter du 1^{er} avril 2002, le nouveau régime AAEXA prévoit :

Incapacité temporaire – VIE PROFESSIONNELLE (maladie professionnelle ou accident du travail)

■ pour le chef d'exploitation ou d'entreprise :

- versement d'une indemnité journalière brute en cas d'incapacité temporaire de travail :
 - du 8^{ème} au 28^{ème} jour d'arrêt : 17,53 € (115 F)/jour
 - à compter du 29^{ème} jour : 22,87 € (150 F)/jour jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure

Incapacité permanente – VIE PROFESSIONNELLE (maladie professionnelle ou accident du travail)

■ pour le chef d'exploitation ou d'entreprise :

- versement d'une rente à partir de 50 % d'incapacité de travail.
Modalité de calcul : - la moitié du taux d'invalidité jusqu'à 50%
- 1,5 fois la fraction du taux supérieur à 50%
- majoration de 40% si assistance d'une tierce personne avec un minimum de 10 995,79 € (72 127,65 F)/an

■ pour le conjoint et les aides familiaux en cas d'incapacité totale de travail :

- versement d'une rente de 10 671,43 € (70 000 F)/an pour 100 % d'incapacité
- majoration de 40% si assistance d'une tierce personne avec un minimum de 10 995,79 € (72 127,65 F)/an

I - 4. Prestations en cas de décès

I - 4.1 Salariés

- décès dans le cadre de la vie privée : versement d'un capital égal au minimum à 3 fois le salaire mensuel plafond de la Sécurité Sociale
- décès dans le cadre de la vie professionnelle :
 - versement d'un capital égal au maxi à 3 fois le salaire mensuel plafond de la Sécurité Sociale
 - versement d'une rente viagère au conjoint survivant égale à :
 - 30 % du salaire jusqu'à 55 ans
 - 50 % du salaire au-delà de 55 ans
 - + 15 % du salaire par enfant à charge pour les deux premiers
 - + 10 % du salaire par enfant à charge à partir du 3ème

I - 4.2 TNS

LES PRESTATIONS EN EUROS ACCORDÉES PAR LES CAISSES DE RETRAITE PROFESSIONNELLES EN CAS DE DÉCÈS (DONNÉES 01/2002)

PROFESSION	CAPITAL	RENTE DE CONJOINT	RENTE ÉDUCATION
Commerçant Caisse : ORGANIC	Versement d'un capital de : 2 928 € (19 206,42 F)	-	-
Artisan Caisse : CANCAVA	Versement d'un capital de 20 % du plafond S. S. aux ayants droit, soit 5 644,80 € (37 027,46 F) + 5 % du plafond à chaque enfant à charge (- de 20 ans) soit 1 411,20 € (9 256,87 F)	-	-
Avocat Conseil juridique Caisse : CNBF	Versement d'un capital de 34 302 € (225 006,37 F), doublé en cas d'accident (bénéficiaires : conjoint, à défaut enfants de moins de 21 ans, à défaut autres personnes à charge sinon, remboursement des obsèques dans la limite du 1/4 du capital ci-dessus)	-	Versement d'une rente annuelle de 25 % de la retraite de base entière, soit 3 318,82 € (21 770,03 F) + 25 % des droits acquis au titre de la retraite complémentaire (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Officier ministériel & public Caisse : CAVOM Point 23,78 € (155,99 F)	Selon classe de cotisation choisie, capital de : Classe 1 : 300 pts retraite Classe 2 : 600 pts retraite Classe 3 : 1 050 pts retraite Classe 4 : 1 500 pts retraite Classe 5 : 2 100 pts retraite	Selon classe de cotisation choisie, rente annuelle de : Classe 1 : 90 pts retraite Classe 2 : 180 pts retraite Classe 3 : 315 pts retraite Classe 4 : 450 pts retraite Classe 5 : 630 pts retraite (jusqu'à 60 ans)	Selon classe de cotisation choisie, rente annuelle de : Classe 1 : 90 pts retraite Classe 2 : 180 pts retraite Classe 3 : 315 pts retraite Classe 4 : 450 pts retraite Classe 5 : 630 pts retraite (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Notaire Caisse : CRN	-	Versement d'une rente annuelle de réversion de 60 % de la retraite acquise, au conjoint de plus de 50 ans	Versement d'une rente annuelle de réversion de 30 % de la retraite acquise pour chaque enfant (jusqu'à 21 ans), 60 % pour un orphelin unique s'il est orphelin de père et mère ou si le conjoint n'a pas droit à une réversion de la retraite
Expert Comptable Caisse : CAVEC Point = 4,76 € (31,22 F)	Selon classe de cotisation choisie, capital de : Classe A : 6 000 pts retraite Classe B : 10 000 pts retraite Classe C : 14 000 pts retraite Classe D : 18 000 pts retraite (capital doublé si décès accidentel)	Le conjoint peut demander à convertir le capital ci-contre en une rente payable jusqu'à 60 ans	Selon classe de cotisation choisie, rente annuelle de : Classe A : 600 pts retraite Classe B : 1 000 pts retraite Classe C : 1 400 pts retraite Classe D : 1 800 pts retraite (jusqu'à 21 ans)
Médecin Caisse : CARMF Point : 110,50 € (724,83 F)	Versement d'un capital de : 200 actes médicaux, soit 3 700 € (24 270,41 F)*	Versement d'une rente annuelle de : au minimum 40 points au maximum 84 points (suivant droits à la retraite acquis)	Versement d'une rente annuelle de : 53 points (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études) et 66 points si les 2 parents sont décédés

* au 01/02/2002

Environnement

PROFESSION	CAPITAL	RENTE DE CONJOINT	RENTE ÉDUCATION
Pharmacien Biologiste Caisse : CAVP	Versement d'un capital de : une " allocation complémentaire de vieillesse ", soit 7 346 € (48 186,60 F) (jusqu'à 65 ans)	Versement d'une rente annuelle de : une " allocation complémentaire de vieillesse ", soit 7 346 € (48 186,60 F) (jusqu'à 65 ans)	Versement d'une rente annuelle de : une " allocation complémentaire de vieillesse " soit 7 346 € (48 186,60 F) (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Chirurgien- Dentiste Caisse : CARCD Point = 24,70 € (162,02 F)	Versement d'un capital de : 300 " points de rente "	Versement d'une rente annuelle de : 532 " points de rente " jusqu'à 65 ans (ou, au choix, capital de 3 fois le montant de la rente)	Versement d'une rente annuelle de : 360 " points de rente " (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Auxiliaire médical Kinésithérapeute Caisse : CARPIMKO " Taux de base " = 3,61 € (23,68 F)	Versement d'un capital de : 3 000 x " taux de base " (marié avec enfant(s) à charge) 2 000 x " taux de base " (marié sans enfant à charge) 1 000 x " taux de base " (célibataire)	Versement d'une rente annuelle de : 2 000 x " taux de base " (jusqu'à 65 ans)	Versement d'une rente annuelle de : 1 500 x " taux de base " (jusqu'à 18 ans, 25 ans si études)
Architecte Géomètre Expert foncier Caisse : CIPAV Point = 22,64 € (148,51 F)	Selon classe de cotisation choisie, capital de : Classe A : 600 pts retraite Classe B : 1 800 pts retraite Classe C : 3 000 pts retraite (capital doublé si décès accidentel)	Selon classe de cotisation choisie, rente annuelle de : Classe A : 60 pts retraite Classe B : 180 pts retraite Classe C : 300 pts retraite (à 60 ans la retraite prend le relais)	Selon classe de cotisation choisie, rente annuelle de : Classe A : 60 pts retraite Classe B : 180 pts retraite Classe C : 300 pts retraite (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Vétérinaire Caisse : CARPV " AMV " = 11,48 € (75,30 F) Pt retraite = 32,16 € (210,96 F)	Selon classe de cotisation choisie, capital de : Classe A : 750 " AMV " Classe B : 1 500 " AMV " Classe C : 2 250 " AMV " " AMV " = Acte médical vétérinaire (capital doublé si décès accidentel)	Versement d'une rente annuelle de : Classe A : 90 pts retraite Classe B : 180 pts retraite Classe C : 270 pts retraite	Versement d'une rente annuelle de : Classe A : 77 pts retraite Classe B : 154 pts retraite Classe C : 231 pts retraite (jusqu'à 21 ans, 25 ans si études)
Sage-femme Caisse : CARSAF Forfait = 152,45 € (1 000,01 F)*	Versement d'un capital de : 24 fois le " forfait accouchement simple ", soit 3 658,80 € (24 000,15 F)*	-	-

* au 01/02/2002

I - 4.3 Exploitants agricoles

Source : M.S.A. février 2002

A compter du 1er avril 2002, le nouveau régime AAEXA prévoit :

- une rente aux ayants droit en cas d'accident mortel du chef d'exploitation ou d'entreprise :
 - pour le conjoint : 4 268,57 € (28 000 F)/an
 - pour les 2 premiers enfants : 2 667,86 € (17 500 F)/an
 - à partir du 3ème enfant : 2 134,29 € (14 000 F)/an
 - majoration pour orphelin de père et mère : 1 067,14 € (7 000 F)/an

- la prise en charge des frais funéraires pour chacun des membres s'ils sont victimes d'un accident du travail : chef d'exploitation ou d'entreprise, conjoint, enfants de 14 à 16 ans et de 16 à 20 ans si poursuite d'études et aides familiaux

I - 5. Prestations en cas de dépendance

- Avant le 01/01/2002 : la P.S.D. (Prestation Spécifique Dépendance), loi du 24 janvier 1997 - Décrets du 28 avril 1997
- Depuis le 01/01/2002, l'A.P.A. (Allocation Personnalisée d'Autonomie), loi du 20 juillet 2001, se substitue à la P.S.D. Selon le ministère de la Solidarité, près de 800 000 personnes âgées en perte d'autonomie - contre 135 000 avec la P.S.D. - devraient être concernées à terme par cette nouvelle prestation.

Conditions de bénéfice :

- avoir 60 ans ou plus
- résider en France
- quel que soit le niveau de revenu, le montant de l'A.P.A. est le même sur tout le territoire, à revenu et perte d'autonomie identiques

Montant du plan d'aide (calculé à partir du montant de la majoration pour tierce personne) au 01/10/2001 :

- 1 066,94 € (6 998,67 F)/mois pour le GIR1 (Groupe Iso Ressources 1 sur la grille d'évaluation AGGIR (*autonomie, gérontologie, groupe iso ressources*))
- 914,52 € (5 998,86 F)/mois pour le GIR2
- 685,89 € (4 499,14 F)/mois pour le GIR3
- 457,26 € (2 999,43 F)/mois pour le GIR4

L'A.P.A. est égale au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge. Ce ticket modérateur de 0 à 80 % est calculé en fonction des ressources, par application d'un barème national revalorisé chaque année. Les personnes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 914,52 € (5 998,86 F) au 01/10/2001 sont exonérées de cette participation.

Les plus de l'A.P.A. par rapport à la P.S.D. : l'A.P.A.

- repose sur le principe d'un barème et de tarifs nationaux
- n'est pas soumise à condition de ressources (cependant, le montant de l'A.P.A. varie selon le niveau de revenus)
- s'adresse également aux personnes âgées appartenant au GIR 4, elle inclut donc les personnes moyennement dépendantes
- ne fait pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire ni sur les donations
- permet de prendre en charge des dépenses diversifiées, au-delà de la seule rémunération des intervenants à domicile
- les droits à l'A.P.A sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.

II - L'ENVIRONNEMENT ASSURANCE

II - 1. Taxes d'assurance

- LA TAXE D'ASSURANCE MALADIE est depuis le 1^{er} janvier 1994 de 7 %.

Tous les contrats sont concernés : frais médicaux et indemnitaires à l'exception des garanties invalidité (9 %).
Les contrats de dépendance sont exonérés de cette taxe de 7 %.

■ CAS PARTICULIER : EXPLOITANTS AGRICOLES

Les contrats d'assurance maladie, à l'exception des garanties invalidité, destinés aux exploitants agricoles ainsi qu'à leurs salariés et membres de leur famille sont depuis le 1^{er} janvier 1994 exonérés de taxe.

■ ÉVOLUTION AU 01/10/2002

A compter du 1^{er} octobre 2002, les contrats individuels d'assurance maladie sans questionnaire de santé seront exonérés de taxe.

Contrats concernés et conditions (loi de Finances rectificative pour 2001 (n°2001-1276 du 28/12/2001), Art. 63) :

"les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré".

II - 2. Loi Évin

II - 2.1 Principes généraux

La loi du 31/12/1989 prévoit 3 dispositions principales :

- **"sélection des risques à l'entrée dans l'assurance" (article 3)**

Une fois le risque accepté, l'assureur est tenu de prendre en charge les suites d'états pathologiques antérieurs. Il ne peut refuser la prise en charge qu'à une double condition :

- que les maladies soient mentionnées dans le contrat ou le certificat d'adhésion (pour les contrats individuels),
- que l'organisme assureur prouve l'antériorité de la maladie.

- **"garantie viagère" (article 6)**

- pour les garanties incapacité, invalidité, chômage : après l'expiration d'une période probatoire fixée à 2 ans, les garanties sont maintenues jusqu'à la retraite
- pour les garanties frais de soins (occasionnées par une maladie, une maternité ou un accident) : garantie viagère immédiate (ordonnance du 19/04/2001 publiée au J.O. du 22/04/2001).

- **"plafonnement des remboursements et indemnisations" (article 9)**

Les prestations se limitent au montant des frais réels, sous déduction des remboursements auxquels a droit l'assuré par ailleurs.

II - 2.2 Particularités des contrats collectifs

- **contrats adhésion obligatoire/facultative**

→ article 2 de la loi Evin

"Un contrat est dit à adhésion obligatoire dès lors que les salariés sont garantis collectivement en raison d'une convention ou d'un accord collectif, d'une ratification par la majorité d'entre eux d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise ou encore en raison d'une décision unilatérale de l'employeur."

Dans ce dernier cas, et face à la création d'un régime de prévoyance à l'initiative du chef d'entreprise, la loi stipule que les salariés présents dans l'entreprise à la date de l'accord ne sont pas tenus d'adhérer ; les nouveaux entrants ont en revanche l'obligation de souscrire.

→ article 3 de la loi Evin

La loi Evin précise la définition du contrat groupe à adhésion facultative comme étant une opération collective autre que celle mentionnée à l'article 2.

- **maintien des prestations en cas de résiliation du contrat (article 7 et 29V)**

→ "Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement (...) la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement."

En cas de résiliation de contrat, le maintien des prestations en cours de service à leur niveau atteint au jour de la résiliation incombe à l'assureur.

- **maintien des garanties décès** aux salariés bénéficiaires de prestations au titre des garanties incapacité totale de travail ou invalidité permanente

→ article 7-1 inséré dans la loi Evin créé par la loi 2001-624 du 17 Juillet 2001- art 34 1°

"Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2, dans le cadre d'un ou de plusieurs contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement comportant la couverture des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie dans le contrat, la convention ou le bulletin d'adhésion couvrant le risque décès.

Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents. "

- **maintien des garanties frais de soins aux sortants d'un groupe à adhésion obligatoire (article 4)**

L'assureur a obligation de maintenir une garantie, sur demande des sortants du groupe dans les 6 mois.

Personnes concernées : les anciens salariés (retraités, invalides, chômeurs) et les ayants droit d'un salarié décédé.

II - 3. Loi du 08/08/1994

- **Changement d'organisme assureur** (art. L912-3 du code de la Sécurité Sociale).

" En cas de changement d'organisme assureur, la convention, l'accord ou la décision unilatérale organisent :
- la poursuite de la revalorisation des rentes en cours de service lorsque les garanties prévoyaient la couverture sous forme de rentes, du décès, de l'incapacité de travail ou de l'invalidité
- le maintien de la garantie décès initialement prévue, pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité."

Ces obligations incombent à l'employeur.

III - L'ENVIRONNEMENT FISCAL ET SOCIAL

III - 1. Loi Madelin

- Les TNS (artisans, commerçants, professions libérales en activité), par la loi du 11 février 1994 (loi Madelin), peuvent déduire de leur revenu imposable l'ensemble des cotisations versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe pour financer une retraite complémentaire, un ou des contrats de prévoyance complémentaires facultatifs (garanties frais médicaux, garanties arrêt de travail, invalidité et décès) et une garantie perte d'emploi.
- La loi de finances rectificative pour 1995 a étendu ces mêmes possibilités de déductibilité aux conjoints collaborateurs pour les cotisations versées à compter du 1^{er} janvier 1996. Possède la qualité de conjoint collaborateur la personne qui est inscrite comme telle au répertoire des métiers ou au registre du commerce et des sociétés.

- **Enveloppe déductible**

Les cotisations sont déductibles du bénéfice imposable dans la limite de 19 % de 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale (soit 42 900,48 € (281 408,70 F) pour 2002)

A l'intérieur de cette enveloppe :

- les cotisations de prévoyance sont déductibles dans la limite de 3 % de 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale (soit 6 773,76 € (44 432,95 F) pour 2002)
- les cotisations de perte d'emploi sont déductibles dans la limite de 1,5 % de 8 fois le plafond de la Sécurité Sociale (soit 3 386,88 € (22 216,48 F) pour 2002)

Les cotisations versées pour le financement des garanties du conjoint collaborateur non rémunéré affilié aux régimes obligatoires de Sécurité Sociale sont imputables à cette même enveloppe, dans les limites ci-dessus.

- **Prestations**

Les indemnités en cas d'incapacité de travail sont à réintégrer dans le revenu imposable. Les rentes, les prestations en cas de perte d'emploi et la retraite bénéficient du régime réservé aux pensions (elles entrent dans le revenu imposable après un abattement spécifique de 10 %, puis l'abattement général de 20 % et sont soumises, dans les conditions qui les régissent, à la CSG et à la CRDS).

- L'AGIS : l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité regroupe les assurés Madelin de la Société suisse santé. Le droit d'entrée unique fixé à 7 € (45,92 F), doit être perçu pour tout nouvel adhérent.
- Une attestation fiscale Madelin est envoyée systématiquement au client vers le 15 janvier, chaque année.

III - 2. Contrats entreprises

■ ENVIRONNEMENT FISCAL

Article 39 du Code Général des Impôts

" Le bénéfice net est établi sous déduction de toutes charges exposées dans l'intérêt de l'entreprise, notamment les frais de personnel et de main d'œuvre sous réserve que les rémunérations correspondent bien à un **travail effectif** et ne soient **pas excessives** au regard du service rendu.

La doctrine administrative considère que les primes d'assurance de groupe garantissant le paiement de pensions de retraite et de prestations de prévoyance, constituent des charges déductibles dans les mêmes conditions que les rémunérations. "

Instruction fiscale du 5 décembre 1985

" L'instruction fiscale 5F-23-85 précise les conditions d'application de l'Article 83 du C.G.I. :

- le contrat souscrit auprès d'une Compagnie d'assurance doit revêtir la forme d'une **assurance de groupe**,
- l'adhésion au régime doit être **obligatoire** pour tous les salariés ou une catégorie d'entre eux,
- le taux de cotisations doit être **uniforme**,
- les cotisations doivent être prises **en charge en tout ou partie par l'entreprise**,
- les prestations de retraite sont servies sous forme de **rente** et payables à **l'âge légal du départ en retraite**."

Article 83 du Code Général des Impôts

"Lorsque le total des versements du salarié et de l'employeur, tant aux caisses de Sécurité Sociale, au titre de l'assurance vieillesse qu'aux organismes de retraite et de prévoyance complémentaires, excède 19 % d'une somme égale à 8 fois le plafond annuel moyen retenu pour les cotisations de Sécurité Sociale ou lorsqu'à l'intérieur de cette limite les versements aux seuls organismes de prévoyance dépassent 3 % de la somme, l'excédent est alors ajouté à la rémunération."

■ ENVIRONNEMENT SOCIAL

Article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale

"Les contributions des employeurs destinées au financement de toutes prestations complémentaires de retraite et de prévoyance, versées aux salariés ressortissants du régime général de la Sécurité Sociale, sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité Sociale pour une fraction n'excédant pas 85 % du plafond S.S. De plus, à l'intérieur de cette limite, les cotisations destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance ne peuvent dépasser 19 % de ce même plafond."

Taxe prévoyance complémentaire : articles L137-1 et L137-4 du Code de la Sécurité Sociale

"Il est institué à la charge des employeurs et au profit du fonds de solidarité vieillesse, une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentations collectives du personnel versées (...) au bénéfice des salariés, pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance." Depuis 1998, le taux est de 8 %.

Les employeurs de moins de 10 salariés sont exonérés du paiement de la taxe.

CSG et CRDS (ordonnances du 24/01/1996)

CSG au taux de 7,50 % et CRDS (0,50 %) sont dues sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel destinées au financement de prestations de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire, au profit des salariés. Le prélèvement se fait après abattement de 5 % sur le montant des cotisations patronales.

Environnement

■ LES CHARGES OBLIGATOIRES SUR SALAIRE - 01/2002

	Taux en pourcentage			Assiette mensuelle de la cotisation
	Employeur	Salarié	Total	
Sécurité Sociale (URSSAF)				
Maladie, maternité, invalidité, décès	12,80	0,75 (1)	13,55	Totalité du salaire
Vieillesse	8,20	6,55	14,75	Tranche A
	1,60	-	1,60	Totalité du salaire
Veuvage	-	0,10	0,10	Totalité du salaire
Allocations familiales	5,40	-	5,40	Totalité du salaire
Accidents du travail	variable	-	variable	Totalité du salaire
C.S.G. et C.R.D.S. non déductibles (URSSAF)	-	2,90	2,90	95 % du salaire (2)
C.S.G. déductible (URSSAF)	-	5,10	5,10	95 % du salaire (2)
Cotisation logement – FNAL (URSSAF)				
Toutes entreprises	0,10	-	0,10	Tranche A
Entreprises de plus de 9 salariés	0,40	-	0,40	Totalité du salaire
ASSEDIC				
Chômage	3,60	2,00	5,60	Tranche A
	3,60	2,00	5,60	Tranche B
Fonds de garantie des salaires (AGS)	0,20	-	0,20	Tranches A + B
AGFF (3)				
Non Cadres	1,20	0,80	2,00	Tranche A
	1,30	0,90	2,20	Tranche A à tranche A x 3
Cadres	1,20	0,80	2,00	Tranche A
	1,30	0,90	2,20	Tranche B
APEC (salariés Cadres) (4)	0,036	0,024	0,06	Tranche B
Retraite complémentaire des salariés non cadres ARRCO (5)				
	4,50	3,00	7,50	Tranche A
	9,00	6,00	15,00	Tranche A à tranche A x 3
Retraite complémentaire des salariés cadres ARRCO	4,50	3,00	7,50	Tranche A
AGIRC	12,50	7,50	20,00	Tranche B
	12,50	7,50	20,00	Tranche C
Contribution Exceptionnelle Temporaire (CET)	0,22	0,13	0,35	Tranches A, B et C
Prévoyance des salariés cadres (minimum)	1,50	-	1,50	Tranche A
Taxe sur prévoyance complémentaire (entreprises de 10 salariés et plus)	8,00	-	8,00	Contributions patronales de prévoyance complémentaire
Taxe d'apprentissage (6)	0,50	-	0,50	Totalité du salaire
Formation professionnelle				
Entreprises de moins de 10 salariés	0,15	-	0,15	Totalité du salaire
Entreprises de 10 salariés et plus	1,50	-	1,50	Totalité du salaire
Participation à l'effort de construction (entreprises de 10 salariés et plus)	0,45	-	0,45	Totalité du salaire
Versement de transport (URSSAF) (entreprises de 10 salariés et plus)	variable	-	variable	Totalité du salaire
Taxes sur les salaires (employeurs non assujettis à la T.V.A.)	4,25	-	4,25	Moins de 6 563 € (43 050,46 F)/an
	8,50	-	8,50	De 6 563 € (43 050,46 F) à 13 114 € (86 022,20 F)/an
	13,60	-	13,60	Plus de 13 114 € (86 022,20 F)/an

(1) à la part salariale s'ajoutent 1,65 % pour les salariés du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle

(2) base C.S.G. et C.R.D.S. : y compris les contributions patronales de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire

(3) cotisation destinée à financer le surcoût pour l'AGIRC et l'ARRCO des retraites liquidées entre 60 et 65 ans sans abattement (accord national interprofessionnel du 10 février 2001).

(4) s'y ajoute une cotisation forfaitaire annuelle de 16,93 € (111,05 F) dont 10,16 € (66,65 F) pour l'employeur et 6,77 € (44,41 F) pour le salarié

(5) depuis le 01/01/2000, pour les entreprises créées depuis le 01/01/1997, le taux global de cotisations ARRCO sur la fraction des salaires comprise entre 1 et 3 plafonds S.S. est porté à 20 % (part patronale 12,00 %, part salariale 8,00 %)

(6) ce taux est de 0,20 pour les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle